(23)

N° 37

ESSAI

CRITIQUE ET PRATIQUE

SUR

LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,

le 6 Mai 1850,

PAR

F.-AIMÉ SÉGURET,

des Vialettes (Aveyron),

Bachelier ès-sciences mathématiques, ancien Professeur de mathématiques et de physique dans l'Université, Elève de l'Ecole pratique de chimie et de l'Ecole pratique d'anatomie et d'opérations chirurgicales;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.



MONTPELLIER,

J. MARTEL AÎNÉ, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue de la Préfecture, 10.

1850



Monsieur FUSTER, Professeur de clinique médicale,

Médecin en chef de l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi, &c.

A

Monsieur LORDAT, Professeur de physiologie,

Officier de la Légion-d'Honneur.

SÉGURET.

A MON PÈRE, A MA MÈRE.

A mon Cousin M. LESCURE,

Ancien Conseiller de préfecture, Membre du Conseil général de l'Aveyron,
Chevalier de la Légion-d'Honneur.

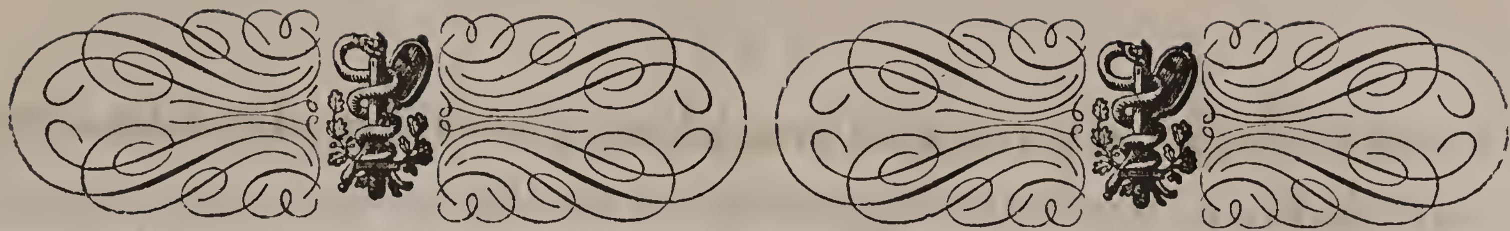
A mon Oncle OLIER, Curé de Montbazens (Aveyron).

A MES ONCLES, A MES TANTES.

A mes Frères, à ma Sœur, à mon Beau-Frère.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS.

SÉGURET.



Essai critique et pratique

SUR

LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Introduction.

En prenant pour sujet de notre thèse la fièvre typhoïde, nous ne nous sommes pas dissimulé l'importance d'un pareil sujet et les difficultés nombreuses dont il est hérissé. Son importance et sa difficulté seront suffisamment justifiées, si l'on considère que, d'une part, un grand nombre d'auteurs contemporains, dont les ouvrages sont devenus classiques, comprennent sous cette dénomination toutes les fièvres continues graves des anciens, qui pour eux ne sont que des formes d'une même affection; tandis que, d'autre part, des médecins dont la position et le talent n'inspirent pas moins de confiance, ne voyant dans cette réunion de fièvres aucun fonds commun, mais seulement une association forcée d'éléments hétérogènes, se bornent à séparer les matériaux de l'édifice si péniblement érigé par les premiers, et reviennent aux idées des anciens. Pour eux donc, il n'existe pas d'espèce nosologique méritant le nom de *typhoïde*, mais seulement

une fièvre inflammatoire, une fièvre bilieuse, une fièvre muqueuse, une fièvre ataxique, une fièvre adynamique ou putride.

Entre ces deux opinions extrêmes, il en est une qui est celle de plusieurs praticiens recommandables, et qui nous a paru empreinte des principes d'une saine clinique. Ces praticiens admettent l'existence d'une affection particulière à laquelle ils conservent le nom de *typhoïde*, et qui correspond à ce que Grimaud, Sauvages et les anciens depuis Hippocrate, ont décrit sous le nom de *fièvre maligne*. C'est à cette opinion que nous nous rangeons avec notre savant maître M. le professeur Fuster, et c'est d'après ses leçons et ses conseils que nous essaierons de montrer le vice des théories contemporaines au sujet de l'affection qui nous occupe, et de lui restituer le caractère pratique qu'elle n'aurait jamais dû perdre.

Ce Travail, conformément à son titre, sera divisé en deux parties :

Dans la première, après un exposé rapide et succinct de la doctrine des anciens et des modernes jusqu'à Pinel, sur les fièvres continues graves, nous tâcherons de montrer l'incertitude, la confusion et les contradictions des contemporains qui ont voulu faire table rase des fièvres essentielles, admises depuis deux ou trois mille ans, pour leur substituer une entité purement théorique ;

Dans la seconde, nous exposerons sommairement les idées qui nous semblent les plus vraies et les plus pratiques sur la fièvre typhoïde.

PREMIÈRE PARTIE.

Les anciens, Hippocrate en tête, admettaient des maladies graves ou malignes, ou mal constituées, κακοεθης, et des maladies légères ou bénignes, ou bien constituées.

Dans les premières, les symptômes se présentaient sans ordre, sans accord entre eux et avec la cause souvent légère qui les avait provoqués. L'affection n'avait pas de type régulier, et compromettait rapidement les forces et la vie du malade, au moment où on s'y attendait le moins; la nature ne secondait nullement les efforts du médecin, et la maladie avait

une tendance funeste, qu'elle poursuivait le plus souvent malgré le traitement le mieux approprié.

Le caractère essentiel des affections bénignes, au contraire, était une tendance de la nature vers la guérison, quel que fût le traitement employé, et souvent même en dépit d'une thérapeutique vicieuse.

Ajoutons que quelquefois des maladies d'abord bien constituées revêtaient dans leur cours un caractère de malignité, soit par la faute du médecin, soit par une modification vicieuse de l'organisme chez le malade, soit enfin par la présence d'un génie épidémique : de là, la distinction éminemment pratique faite par les anciens des fièvres malignes, en fièvres *primitivement malignes* et fièvres qui le devenaient *secondairement*.

Les anciens, généralement bons observateurs, avaient assigné aux fièvres malignes des caractères auxquels on pouvait ordinairement les reconnaître. Lorsqu'au début, on remarquait une altération profonde des traits de la face, une grande prostration des forces; lorsque le malade accusait une chaleur intense, bien que sa peau fût glacée; lorsque le traitement le mieux approprié à la nature de la maladie n'amenait aucune réaction salutaire; lorsqu'enfin, l'affection, au lieu de rester individuelle, se généralisait sur les masses, etc., etc., on pouvait en conclure la présence de la malignité.

Mais si les observations des anciens laissent peu à désirer par leur précision et leur exactitude, il n'en est point de même de leurs théories médicales en ce qui concerne la doctrine des fièvres; et nous voyons chez eux, comme de nos jours, deux tendances opposées. Les uns, et c'est le plus grand nombre, regardent ces fièvres comme essentielles; les autres les rapportent à une lésion d'organe.

Hippocrate a peu systématisé; aussi, sa thérapeutique, si elle est quelquefois un peu trop inactive, n'a jamais ces conséquences désastreuses, fruits des théories le plus souvent vicieuses qu'on trouve chez les auteurs des siècles suivants. C'est ainsi que, du commencement de l'ère chrétienne jusqu'à Sydenham, les médecins ont cru presque tous que les fièvres malignes étaient dues à un principe morbifique introduit ou développé dans le corps vivant, lequel principe provoquait la dissolution des liquides

et la prostration des forces; suivant eux aussi, la nature faisait des efforts pour éliminer ce principe morbide, et de là les éruptions cutanées dont ils se félicitent toujours. Leur thérapeutique était facile à déduire : il fallait favoriser le développement de l'exanthème, d'où les sudorifiques, les échauffants dont ils faisaient un si fréquent usage; il fallait aussi s'opposer à la dissolution des liquides et relever les forces déprimées, c'est ici que les excitants et les toniques trouvaient leur application.

Baillou, Botal au XVI[e] siècle, Sydenham au XVII[e], s'élevèrent contre cette théorie, et donnèrent peut-être dans un excès contraire. Ne voyant dans les fièvres malignes qu'une excitation, une inflammation générale, ils préconisèrent les anti-phlogistiques et les tempérants. Sydenham employait très-fréquemment la saignée, mais non d'une manière exclusive et sans discernement, comme un grand nombre de ceux qui adoptèrent sa méthode : il savait modifier sa thérapeutique suivant les circonstances.

L'idée d'un principe morbifique eut cependant encore des partisans. Sylvius de Leboé observa à Leyde une épidémie grave, qu'il crut produite par un principe acide dissolvant les humeurs du corps, et par suite il employa les alcalis. Un grand nombre de médecins de son temps, Boërhaave entre autres, se montrèrent partisans de ses idées, et cette thérapeutique exclusive fit périr un grand nombre de malades. Au XVIII[e] siècle, de Haën et Pringle soutinrent l'opinion de Sydenham. Toutefois, Pringle (1) semblait rapporter les fièvres malignes à la putridité du sang; mais comme cette théorie ne suffisait pas pour justifier le traitement anti-phlogistique dont il était partisan, il attribua la cause première de ces fièvres à une inflammation du cerveau et du tube digestif.

L'idée de localisation, que l'on trouve à peine indiquée dans Pringle, avait été déjà formulée d'une manière plus explicite par Thomas Bartholin et par Chirac, médecin à la cour de Louis XIV.

Le premier eut occasion d'observer à Copenhague, sa patrie, une épidémie terrible de fièvres graves. Il ouvrit beaucoup de cadavres, et reconnut que l'estomac et le duodénum étaient enflammés; il trouva

---

(1) Maladies des armées, T. II., p. 173 et suiv.

même souvent des traces de gangrène. Sa conclusion fut que toutes les maladies malignes étaient dues à l'inflammation de l'estomac et du duodénum, et par suite il préconisa les anti-phlogistiques.

Quelques années après, éclata à Rochefort une épidémie effroyable que les habitants regardèrent comme la peste. Chirac, apostat de l'Ecole de Montpellier, fut envoyé par Louis XIV dans cette ville. Il crut voir la cause de l'épidémie dans les effluves marécageux, et comme à l'ouverture des cadavres il reconnut une inflammation du cerveau et des organes digestifs, il en conclut que ces maladies provenaient surtout d'une inflammation provoquée par l'intoxication paludéenne, et dans son Traité des fièvres malignes il recommande les émissions sanguines.

Jusqu'à présent nous avons vu paraître deux grandes théories · celle de la dissolution des liquides et celle de l'inflammation ; une troisième est celle de Baglivi. Selon lui, les fièvres malignes dépendraient de l'inflammation des viscères abdominaux, ou d'une collection de matières saburrales dans le tube digestif : ces matières se corrompraient par leur séjour dans l'intestin, seraient absorbées et iraient ensuite altérer la masse du sang. Conséquent avec sa théorie, Baglivi prescrit les anti-phlogistiques et les évacuants.

En résumé, les opinions des anciens sur les fièvres malignes peuvent être rapportées à trois systèmes :

1° Dissolution des liquides (depuis Hippocrate jusqu'à Sydenham);

2° Inflammation générale (Botal, Baillou, Sydenham, etc.); — inflammation locale du cerveau, du tube digestif (Pringle, Thomas Bartholin, Chirac, etc.);

3° Inflammation ou saburres du tube digestif (Baglivi, etc.).

A côté et au-dessus des médecins systématiques se trouvent des hommes qui, plus observateurs que théoriciens, nous ont laissé d'excellentes relations des fièvres malignes. Tels sont Rœderer et Wagler à Gœttingue, Bang à Copenhague, Tissot à Lausanne, Stoll à Vienne, Pinel auquel nous devons la division si éminemment pratique des fièvres essentielles

en cinq grandes classes. Arrivons aux idées contemporaines au sujet de la fièvre typhoïde.

Petit avait observé à Paris, en 1811, une maladie grave à laquelle il reconnut pour caractère anatomique l'inflammation et l'ulcération des glandes de Peyer et de Brünner et l'engorgement des ganglions mésentériques; il lui donna le nom de *fièvre entéro-mésentérique*, et la décrivit dans un traité qu'il publia en 1813, de concert avec M. Serre, son interne.

Cet ouvrage peut être considéré comme formant la transition entre les idées des anciens sur les fièvres graves, et celles qui ont cours aujourd'hui. Petit, en effet, ne touche pas aux fièvres essentielles de Pinel : il donne la fièvre entéro-mésentérique comme une espèce nosologique nouvelle; mais, au lieu de la regarder comme essentielle, il lui reconnaît pour cause prochaine l'altération des glandes de Peyer et de Brünner, inaugurant ainsi d'une manière nette et précise l'idée de localisation dont Broussais va faire la base de son système.

Petit avait remarqué l'analogie qui existe entre le gonflement des glandes intestinales et les boutons de la variole; c'est ce qu'on voit dans deux observations de Lecat qui sont citées dans son ouvrage (p. 178). M. Bretonneau (de Tours), poursuivant cette idée, assimila la fièvre entéro-mésentérique à une fièvre éruptive, et la décrivit sous le nom de *dothinentérie;* mais tandis que Petit avait fait de sa maladie une espèce *sui generis*, distincte des fièvres essentielles de Pinel, M. Bretonneau considéra sa dothinentérie comme la synthèse de toutes ces fièvres, y compris celle de Petit. Cette opinion a été formulée, non par M. Bretonneau, mais par M. Trousseau, dans les *Archives générales de médecine*, en 1826. La dothinentérie y est considérée comme une véritable fièvre éruptive, ayant pour théâtre le tube digestif et pour siége spécial les follicules de Peyer et de Brünner. Il y aurait d'abord gonflement de ces glandes, puis ulcération de la muqueuse qui les recouvre, et enfin expulsion du bourbillon, qui ne serait que la glande elle-même mortifiée. Mais, de plusieurs faits cités dans la thèse inaugurale de M. Combal (1849), et pris, soit dans sa propre observation, soit dans celle de M. Caizergues, il résulte

que l'éruption intestinale ne suit pas les phases régulières qui la font assimiler à la variole par M. Bretonneau. Pour le dire en passant, l'opinion de M. Trousseau a bien changé depuis; et s'il n'ose pas aujourd'hui se donner un démenti formel, en reconnaissant que les fièvres essentielles sont tout autant d'espèces distinctes et nullement *des symptômes d'une seule, la dothinentérie*, comme il le disait en 1826 (1), il reconnaît l'utilité qu'il y aurait dans la pratique d'admettre les diverses espèces de fièvres graves de Pinel, et, meilleur clinicien aujourd'hui qu'il ne l'était en 1826, il n'oserait plus sans doute qualifier de *futiles* les distinctions faites par Petit (2).

D'après ce qu'on vient de voir, la seule idée originale de M. Bretonneau serait d'avoir englobé en une seule les six espèces nosologiques de Pinel; mais ici encore il a été devancé par Broussais. Cet homme célèbre s'empare hardiment de l'idée de localisation clairement formulée pour la première fois par Petit; mais, au lieu de la restreindre comme ce dernier à une seule maladie, il la généralise tellement, que sous sa plume, non-seulement les fièvres essentielles, mais presque toutes les maladies reconnaissent pour cause immédiate l'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale. Déjà, en 1813 et plus tard, dans divers écrits, il combat à outrance l'essentialité des fièvres admises depuis deux ou trois mille ans, et les fait dépendre toutes d'une gastro-entérite; et pour se rendre compte des phénomènes d'ataxie et d'adynamie, il suppose l'irritation se propageant vers les centres nerveux.

Un instant les médecins sont fascinés par l'éloquence entraînante de Broussais; mais bientôt la réaction se lève d'autant plus vive, que la soumission avait été plus complète et plus prompte. Il vient de mode de combattre Broussais, qu'on encensait la veille; et, chose remarquable! ses plus ardents adversaires sont peut-être ceux dont le système s'éloigne le moins du sien. Cependant quelques disciples lui sont restés fidèles; les plus célèbres sont aujourd'hui MM. Bouillaud et Forget de Strasbourg.

---

(1) Arch. gén. de méd., T. X, p. 209.

(2) Thérap., T. Ier, p. 564, 2e édit.

Dans le camp opposé se remarque surtout l'Ecole de M. Louis, dont les principaux représentants sont MM. Louis, Chomel, Grisolle, etc. : ces derniers mêmes sont loin de s'entendre entre eux, comme nous allons le voir.

En 1829, parut sur la fièvre typhoïde l'ouvrage de M. Louis : les idées-mères de ce livre se trouvent dans Broussais. Rejetant comme lui les fièvres essentielles, il n'admet qu'une seule maladie, la fièvre typhoïde, les comprenant toutes et consistant en une inflammation des follicules intestinaux. Pour Broussais, c'était l'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale : voilà toute la différence. Cette différence, toute légère qu'elle est, se trouve réduite à néant par M. Grisolle, disciple de M. Louis ; car il dit, à la page 30, que dans les quatre cinquièmes des cas la muqueuse est ulcérée dans l'intervalle des plaques. Broussais, qui vivait encore, avait déjà réfuté lui-même M. Louis. « Cette éruption, dit-il, n'est point » nécessaire aux symptômes typhoïdes ou adynamiques : on les rencontre » dans beaucoup de cas où ces follicules ne sont nullement développés, » gonflés, altérés, et où au contraire la muqueuse gastro-intestinale est » fortement enflammée (1). »

M. Chomel a publié, en 1834, un volume sur la fièvre typhoïde. Pour lui, comme pour M. Louis, toutes les fièvres graves se réduisent à une seule, la fièvre typhoïde, dont le caractère anatomique est la lésion des glandes de Peyer et de Brünner. Mais, tandis que M. Louis fait de cette lésion le point de départ de la maladie, M. Chomel au contraire la regarde comme un effet, et d'après lui, la lésion primitive réside dans le sang ; de plus, M. Chomel considère comme inflammatoire l'altération des plaques : pour M. Louis, c'est une lésion *spéciale et profonde*. M. Chomel renverse donc ainsi de fond en comble le système de M. Louis.

M. Grisolle a fourni aussi son contingent ; et, tout en félicitant M. Louis de l'heureuse idée qu'il a eue d'englober en une seule toutes les fièvres essentielles, il admet lui-même plusieurs espèces distinctes de la fièvre typhoïde : telles sont la fièvre éphémère, la fièvre inflammatoire, la fièvre bilieuse des pays chauds.

---

(1) Pathol. et thérap. gén., T. Ier, pag. 617, 1834.

On voit déjà de grandes contradictions entre des hommes qui professent pourtant les mêmes doctrines médicales.

A côté d'eux, nous trouvons les disciples fidèles de Broussais : eux, au moins, ne déguisent pas l'idée du Maître. Ainsi, M. Bouillaud voit le point de départ de la fièvre typhoïde dans l'inflammation du tube digestif, et les ulcérations qui en résultent sont autant de surfaces absorbantes des matières septiques qui existent dans l'intestin ; le résultat de cette absorption est l'infection de la masse sanguine (1).

M. Forget, de Strasbourg, représente peut-être mieux encore l'esprit de la doctrine du Val-de-Grâce. Dans son livre sur l'entérite folliculeuse, il va jusqu'à prétendre que les anciens professaient sur les fièvres les mêmes principes que Broussais et lui, et les regardaient toutes comme une véritable gastro-entérite qu'ils traitaient par les anti-phlogistiques. Il cite, entre autres (pag. 9), ce passage de Baglivi : « *Les fièvres lymphatiques » (muqueuses) sont de toutes les plus funestes.*— Baglivi, ajoute M. Forget, » attribue ces fièvres à la lymphe qui se concrète dans le mésentère, et va » ensuite corrompre la masse du sang. » Comment M. Forget peut-il, à la page suivante, prétendre que Baglivi attribue toutes les fièvres graves à l'inflammation des solides du tube digestif, alors surtout qu'à la page 717 il reconnaît que Baglivi, en raison de sa théorie, préférait les purgatifs dans le traitement de la fièvre mésentérique ?

M. Forget formule ensuite nettement ses idées sur la fièvre typhoïde. L'altération des glandes intestinales n'est nullement caractéristique de cet ensemble de symptômes auxquels on donne le nom de typhoïdes. Cette inflammation constitue simplement une *entérite folliculeuse*, pouvant coïncider avec la fièvre typhoïde, mais n'étant pas nécessairement liée à elle (pag. 145). — De plus, ajoute-t-il (pag. 155), l'état typhoïde, analogue à l'état ataxique, adynamique, peut s'allier à d'autres maladies, la pneumonie par exemple ; et par suite, ce que M. Louis appelle fièvres typhoïdes latentes est un non-sens, car d'après lui ce sont les fièvres dans lesquelles les symptômes typhoïdes n'existent pas, mais seulement les lésions intes-

(1) Nosographie, pag. 93.

tinales ; d'après M. Forget, ce sont des entérites folliculeuses, mais non des fièvres typhoïdes, et nous sommes parfaitement de son avis. Plus loin, à la page 515, M. Forget dit encore : « Je suis convaincu, avec beaucoup » de médecins, que la lésion des plaques de Peyer n'est pas plus le fond » de la maladie que les pétéchies et d'autres accidents que l'on observe du » côté des viscères. »

M. Louis a donc tort de voir toute la maladie typhoïde, c'est-à-dire toutes les fièvres graves, dans la lésion des plaques de Peyer et de Brünner. Ses disciples, MM. Chomel, Grisolle, l'ont bien reconnu, et ils n'hésitent pas à regarder comme typhoïdes des maladies où pourtant la lésion intestinale fait défaut. Pourquoi donc ne pas reconnaître que cette lésion, prétendue caractéristique de la fièvre typhoïde, n'en est qu'un effet contingent, pouvant manquer comme tant d'autres ?

Il n'est pas hors de propos de mettre en présence de ces idées contradictoires l'opinion d'un docteur allemand, étranger aux luttes des médecins français. Neumann, ancien médecin de l'hôpital de la Charité à Berlin, ouvrit, en 1816, beaucoup de cadavres d'individus morts à la suite de fièvres graves. Sans connaître les travaux français, il reconnut sur un grand nombre de ces cadavres l'altération des glandes de Peyer et de Brünner; mais, dans d'autres cas, il ne rencontra dans l'intestin aucune trace de maladie. Il se garda donc bien de considérer ces altérations comme le caractère essentiel de la maladie; il les attribua, avec plus de raison, à l'adynamie qui caractérise la dernière période de ces fièvres. Alors, en effet, il y a une tendance générale des tissus à la désorganisation; et lorsqu'on voit des ulcérations à l'extérieur, il n'est pas étonnant d'en rencontrer dans l'intestin, si le malade succombe, et de préférence sur les plaques de Peyer, qui, par leur structure, leur situation et leurs fonctions, ont une disposition à se tuméfier et à s'ulcérer. M. Chomel vient à l'appui de cette manière de voir, puisque, suivant lui (pag. 248), les lésions ne se développent qu'à la dernière période, à l'époque où les phénomènes d'ataxie et d'adynamie couvrent tous les autres.

Jusqu'à présent nous n'avons rien dit d'un homme qui cependant occupe un rang distingué dans l'enseignement médical, et qui a consacré à

la question qui nous occupe le premier volume de sa *Clinique médicale :* c'est M. Andral. Il nous est difficile, en effet, de faire connaître son opinion définitive, puisque de son aveu même elle est changeante, et par suite ne doit pas attirer l'attention des praticiens (1). Voici toutefois ce qu'il pensait en 1834 :

La fièvre ataxo-adynamique ou typhoïde est souvent due à une inflammation gastro-intestinale, portant sur les follicules ou sur la muqueuse simplement (contradiction avec M. Louis) ; mais les symptômes typhoïdes peuvent se montrer à l'occasion d'un érysipèle, d'un phlegmon, de la pneumonie, surtout chez les vieillards ; d'autres fois la fièvre ataxo-adynamique a son point de départ dans une altération du sang spontanée ou produite par l'introduction dans ce fluide d'agents délétères (miasmes, virus) (page 4 et suiv.) ; enfin, d'accord avec M. Forget, il blâme avec raison M. Louis de ne donner le nom de typhoïdes qu'aux états morbides qui marchent avec l'altération des glandes de Peyer, par la raison que toutes les entérites folliculeuses ne sont certainement pas accompagnées de tous les phénomènes de la fièvre ataxo-adynamique : ce sont souvent de simples fièvres inflammatoires, bilieuses, muqueuses (pag. 7).

On voit que, pour M. Andral, la cause prochaine de la fièvre typhoïde ne réside pas exclusivement dans une altération des solides, comme le veulent Broussais, MM. Louis, Bouillaud, etc., ni dans une altération primitive du sang, selon l'opinion de M. Chomel ; elle trouve sa raison d'être, tantôt dans l'une, tantôt dans l'autre de ces altérations. L'esprit de conciliation de M. Andral va plus loin encore, puisqu'il n'ose pas rayer de son cadre les diverses espèces nosologiques de Pinel. Depuis cette époque, les idées de M. Andral ont subi de fréquentes variations.

M. Delaroque, médecin de l'hôpital de Necker, a publié, en 1839, un ouvrage qui a fait époque. Jusqu'à présent, le caractère essentiel de la fièvre typhoïde était une altération des solides du tube digestif ; pour M. Delaroque, cette altération est un simple symptôme, et la maladie est due à un amas de saburres dans l'intestin (pag. 98). Il se garde bien

---

(1) Clinique médicale, T. Ier, p. vi, 1834.

(pag. 305) de la confondre avec l'ataxie et l'adynamie, qui sont le produit d'une foule de causes différentes. La fièvre typhoïde des auteurs se réduit, d'après lui, à une fièvre bilieuse, et conséquent avec ses principes, M. Delaroque traite tous ses malades par les évacuants. Aujourd'hui, la plupart des médecins de Paris, même MM. Louis (II, 433), Chomel, Grisolle (56), sont pour le traitement de M. Delaroque, et ils purgent.

Nous venons de voir le désaccord qui règne parmi les contemporains sur la nature de la fièvre typhoïde ; leurs contradictions ressortiront plus clairement encore de l'examen rapide que nous allons faire des lésions anatomiques, des symptômes, de l'étiologie et du traitement de cette affection, tels qu'ils sont présentés par ces auteurs.

§ Ier. — Lésions organiques.

Suivant MM. Louis, Chomel, Grisolle, etc., la fièvre typhoïde a pour caractères fondamentaux un premier groupe d'altérations organiques qui sont constantes, et d'autres qu'on rencontre souvent, mais qui peuvent manquer ou exister dans d'autres maladies, et qui, par suite, ne sont pas caractéristiques.

Lésions constantes. — La plus importante est celle qui occupe les glandes de Peyer et de Brünner. Les premières sont des plaques ovalaires plus ou moins saillantes, siégeant spécialement dans l'iléon, surtout aux environs de la valvule iléo-cœcale ; les glandes de Brünner sont arrondies comme des boutons de variole, et sont placées dans l'intervalle des plaques elliptiques et même dans le gros intestin. Ces diverses glandes ou plaques sont d'abord simplement tuméfiées, puis, par les progrès de la maladie, elles s'ulcèrent plus ou moins profondément, et une perforation intestinale peut être la conséquence de cette ulcération.

Une deuxième catégorie de lésions prétendues constantes est celle des ganglions mésentériques. Ces ganglions, qui, dans l'état normal, ont à peine le volume d'une lentille, peuvent, dans cette maladie, acquérir celui d'une aveline ou même d'un œuf de pigeon ; puis ces glandes se ramollissent, et peuvent même s'ulcérer comme les follicules intestinaux.

Enfin, la rate augmente toujours de volume, d'après eux; elle peut doubler, tripler même, se ramollir, sans que pourtant on y ait rencontré du pus. Avant de passer outre, notons une première contradiction entre MM. Louis et Grisolle, qui placent la tuméfaction de la rate parmi les lésions constantes, et M. Chomel, qui la range parmi les lésions accidentelles (1).

Lésions accidentelles. — Ce sont l'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale, des méninges, des bronches, etc. La première de ces inflammations est, comme nous l'avons dit, primitive, suivant Broussais, et cause de l'ulcération des follicules. MM. Louis, Chomel, au contraire, la regardent, quand elle existe, comme consécutive à l'altération des glandes de Peyer et de Brünner.

Si ces altérations, dont nous n'avons fait qu'une énumération sommaire, attendu qu'on les trouve admirablement décrites dans tous les auteurs, sont pathognomoniques de la fièvre typhoïde, il doit en résulter :

1° Que, dans toute fièvre typhoïde, on devra les rencontrer, et qu'elles n'existeront dans aucune autre maladie;

2° Que le nombre et la gravité de ces altérations seront en proportion avec l'intensité et la gravité des symptômes de la fièvre typhoïde.

Or, il ne nous sera pas difficile de démontrer que ni l'une ni l'autre de ces deux propositions ne sont vraies.

Et d'abord, nous observerons que ces altérations intestinales ne sont pas une découverte contemporaine. Rœderer et Wagler les ont reconnues et parfaitement décrites, lors de l'épidémie de Gœttingue, en 1760. Lecat, cité par Petit (p. 178), les observa aussi en 1763, à l'Hôtel-Dieu de Rouen, chez deux femmes, la mère et la fille, mortes à la suite d'une fièvre aiguë. Morgagni, d'après Petit (p. 184), garderait le silence sur l'altération particulière à la fièvre entéro-mésentérique, ce qui, d'après lui, prouverait que cette altération n'a jamais été observée de son temps;

(1) Louis, II, 314. — Grisolle, 25. — Chomel, 56 et 264.

mais en lisant sa trente - unième lettre (p. 123, 1779), il est facile de se convaincre du contraire; il parle, en effet, avec détail, du gonflement, de l'ulcération des glandes de Peyer et de Brünner, de l'altération des ganglions mésentériques; seulement, comme Rœderer et Wagler, comme Lecat, il n'a pas trouvé ces lésions dans toutes les fièvres graves, et les a rencontrées dans d'autres maladies, des dysenteries par exemple.

L'autorité de ces auteurs se trouve de tout point confirmée par celle des contemporains, qui attachent néanmoins une si grande importance à ces lésions.

Laennec, en 1836, a trouvé intactes les glandes de Peyer et de Brünner chez des individus morts de fièvres graves. Plusieurs observateurs de Londres, de Dublin, de Glascow, etc., ont fait la même remarque. M. Allison, d'Edimbourg, cité par M. Andral (p. 496), affirme n'avoir rencontré, dans plusieurs cas de fièvre typhoïde, ni plaques exanthémateuses, ni ulcérations. « Nous devons, ajoute M. Andral, accorder d'autant plus de » confiance aux recherches de ce médecin, qu'à l'époque où il s'y livra, » il venait de quitter Paris, où il avait assisté à plusieurs ouvertures de » cadavres d'individus morts de fièvres graves. » Nous avons cité plus haut M. Neumann, qui a vu aussi plusieurs fois manquer ces altérations. M. Grisolle prétend, il est vrai, qu'il est prouvé par des faits recueillis à Londres par son ami Schattuck, qu'il existe dans cette ville deux affections différentes, la fièvre typhoïde et le typhus *ferer,* dans lequel on n'observe pas les lésions intestinales; mais M. Louis, qui n'est pas suspect, convient (II, 321) que les faits de M. Schattuck sont peu nombreux (7 ou 8), et par cela même insuffisants pour prouver une différence entre ces deux affections.

Ouvrons enfin les livres de MM. Louis, Andral, Chomel, etc. Nous voyons M. Louis citer des observations de malades ayant présenté pendant la vie tous les symptômes typhoïdes, ne pas offrir à l'autopsie les lésions prétendues caractéristiques; mais aussi, conséquent avec lui-même, il raie ces maladies du cadre de ses fièvres typhoïdes (II, 307 et 316). Où les place-t-il donc, puisque d'après lui la fièvre typhoïde comprend toutes les fièvres graves?

M. Andral a vu manquer ces altérations bien plus souvent encore. « Dans les pyrexies qui constituent les divers groupes morbides désignés » dans la Nosographie de Pinel sous le nom de fièvres essentielles, dit-il » à la page 496, on ne rencontre pas constamment après la mort des lésions » dans le tube digestif; d'où il suit que plusieurs de ces groupes peuvent » avoir une existence indépendante de celle d'une affection gastro-intes- » tinale. » Il ajoute (pag. 525) : « que la fièvre typhoïde se montre dans des » cas où les follicules intestinaux ne sont point malades, et qu'enfin il n'est » guère de maladie siégeant primitivement ou dans les solides, ou dans le » sang, à propos de laquelle on ne puisse voir se développer la fièvre » typhoïde. »

M. Chomel avoue, lui (pag. 529), n'avoir jamais vu manquer la lésion caractéristique pendant une observation de cinq ans, et cependant il n'hésite pas, malgré son respect pour M. Louis, à ranger au nombre des fièvres typhoïdes les cas où l'on rencontre tous les caractères de l'affection, excepté la lésion prétendue caractéristique.

Ces altérations ne sont donc rien moins que constantes dans la fièvre typhoïde : nous allons voir qu'on les rencontre aussi dans d'autres maladies. Sans recourir à Morgagni, qui les a trouvées dans des dysenteries, à Laënnec, qui en a constaté l'existence dans des cas de diarrhée, les auteurs de tout-à-l'heure vont nous en fournir d'abondantes preuves. Ouvrons M. Chomel : à la page 207, il avoue que dans la scarlatine, le choléra, la phthisie, et même dans un cas d'érysipèle de la face chez une jeune fille, et chez un homme mort d'hypertrophie du cœur, il a rencontré des altérations intestinales dont la nature lui paraissait identique à celles de la fièvre typhoïde; mais il met cette restriction, à savoir, que les plaques n'étaient pas aussi proéminentes. Ce n'est donc, de l'aveu même de M. Chomel, qu'une simple différence de degré, d'intensité; c'est bien peu, mais c'est encore trop, car si nous allons à la page 143 du livre de M. Forget, nous y voyons une observation de scarlatine dans laquelle ce professeur a trouvé un état gaufré des plaques *des mieux conditionnées*, bien que la maladie n'eût duré que quatre jours.

Donc : 1° les lésions prétendues caractéristiques de la fièvre typhoïde

ne sont pas constantes dans cette affection et on les rencontre dans d'autres maladies.

2° Elles ne sont pas en proportion de l'intensité et de la gravité des symptômes.

Petit (page 150) regarde l'altération intestinale comme cause des phénomènes typhoïdes, et, conséquemment, il soutient que le danger et la gravité de la maladie sont proportionnés à l'intensité de l'affection abdominale; mais ceux qui sont venus après lui, tout en partageant ses idées sur l'importance de cette affection abdominale, ont été forcés de reconnaître, d'après des faits nombreux, que cette proportion n'existe pas (1).

Aujourd'hui, un grand nombre de ceux qui, à l'exemple de Petit, regardaient les lésions des solides intestinaux comme le point de départ de la fièvre typhoïde, ont fait volte-face, et il n'y a guère que M. Louis qui voie encore toute la maladie dans les plaques de Peyer. M. Chomel et d'autres inclinent à penser à cette heure que c'est le sang qui est primitivement altéré dans cette affection.

Ils ne sont guère plus d'accord sur la nature de cette altération qu'ils ne l'étaient sur celle des solides. M. Chomel s'est mis à l'abri de toute critique, en disant que cette lésion ne peut être appréciée par les sens dans l'état actuel de la science (pag. 558); mais d'autres (M. Bouillaud) soutiennent que l'on trouve constamment absence de couenne, diffluence et friabilité du caillot, etc. M. Delarque (pag. 91) prétend aussi que « le sang est manifestement altéré dans la fièvre typhoïde. Il le paraît » d'autant plus que la maladie est plus éloignée de son début, et que les » symptômes catactéristiques sont plus prononcés;... il est diffluent, sans » caillot, etc. » D'autres (M. Magendie) ont trouvé une diminution notable des proportions de la fibrine. M. Andral a professé sur ce point le pour et le contre.

Ceux qui admettent l'existence de ces altérations ont dû leur chercher une cause primitive, et ici nous trouvons encore le désaccord auquel nous

---

(1) Chomel, 526 et 538. — Grisolle, 61.

sommes déjà habitué. Pour les uns, elles seraient dues à une intoxication miasmatique ; pour d'autres, ce serait une lésion du système nerveux qui aurait vicié l'hématose ; selon d'autres, enfin, l'altération du sang serait due à la résorption des matières septiques contenues dans le tube digestif. Nous démontrerons plus loin le peu de fondement de ces hypothèses.

Quoi qu'il en soit, pour être caractéristiques de la fièvre typhoïde et démontrer sa spécificité, ces altérations du sang devraient être constantes et ne se montrer que dans elle ; or, des faits nombreux prouvent le contraire.

Déjà, en 1740 et 1745, Huxam (1) observait un grand nombre de fièvres pneumoniques dans lesquelles les malades présentaient des pétéchies et une grande dissolution des éléments du sang. Il trouva aussi cette dissolution dans le scorbut, la petite-vérole, à la suite de la piqûre de la vipère et d'autres animaux venimeux. Mais prenons des exemples plus modernes, afin qu'on ne puisse pas invoquer une erreur de diagnostic. Il y a peu de temps qu'un disciple de M. Louis, le docteur Ruef, a publié dans un journal des Antilles un mémoire sur la piqûre d'un serpent, à la suite de laquelle il a trouvé le sang dans une dissolution complète et présentant l'aspect de la rouille. Un autre médecin, M. Martin-Solon, partisan des idées de M. Chomel, a trouvé que l'usage du nitrate de potasse à haute dose rendait le sang diffluent et non oxydable à l'air. On trouve les mêmes altérations dans celui des personnes qui font usage du mercure. Enfin, un caractère essentiel de la fièvre jaune est aussi un état de dissolution du sang. M. Forget prouve, à la page 479 et suivantes, que dans la fièvre typhoïde les altérations du sang ne sont nullement appréciables aux sens, que la diffluence qu'on rencontre dans certains cas n'est pas constante, et se trouve dans d'autres maladies, pleurésies, érysipèles, etc.; il l'a même rencontrée en l'absence de toute maladie. Après avoir ensuite examiné les lésions du sang au point de vue chimique et microscopique, il conclut (pag. 518) « que l'altération du sang, consistant en une diminution de « fibrine, n'est pas constante, et qu'en second lieu *elle n'est pas démontrée* » *primitive.* »

---

(1) Essai sur les fièvres, p. 71 et suiv. — 1778.

De ce qui précède, nous devons conclure que les altérations du sang, pas plus que celles des solides, quand elles existent, ne sauraient rendre raison de la fièvre typhoïde, ni prouver sa spécificité. La dernière période de la fièvre adynamique s'accompagne sans doute le plus souvent d'une dissolution profonde des liquides, mais cette putridité, pour parler le langage des anciens, est l'effet et non la cause de l'atteinte grave portée au système des forces vitales.

§ II. — Symptômes.

Les symptômes de la fièvre entéro-mésentérique ont été décrits, en 1813, par MM. Petit et Serre. Dans l'opinion de Petit (pag. 170), ces symptômes ont beaucoup d'analogie avec ceux des fièvres ataxo-adynamiques de Pinel. On y trouve deux ordres de phénomènes : les uns se rapportent à l'appareil digestif, les autres aux systèmes nerveux et locomoteur.

M. Louis et son Ecole ont aussi donné leur symptomatologie, qui diffère (bien entendu) sur plusieurs points de celle de Petit. Nous la trouvons encore bien souvent en opposition avec celle des auteurs contemporains, suivant l'idée qu'ils se font de la fièvre typhoïde. Suivant M. Louis (I, 419 — et II, 507) et M. Chomel (pag. 3), la fièvre typhoïde éclate *le plus souvent* d'une manière brusque, sans phénomènes précurseurs, par des frissons et un mal de tête violent. Première contradiction, non-seulement avec Petit (129), mais encore avec MM. Bretonneau (179), Forget (164), Delaroque et même M. Grisolle, qui admettent une période prodromique chez le plus grand nombre des malades : M. Delaroque ne l'a même jamais vue se manifester dans les hôpitaux d'une manière brusque et instantanée (pag. 15).

M. Andral, selon ses habitudes d'indécision, écrit que tantôt il y a des prodromes, et que tantôt il n'y en a pas ; mais il est d'accord avec M. Forget et M. Cruveilhier pour reconnaître que le mal de tête n'existe pas dans la première période, et que le frisson est à peine sensible.

Arrivons aux symptômes que ces auteurs regardent comme pathognomoniques de cette affection : ce sont *les épistaxis*, *la bronchite*, *le gargouillement iléo-cœcal*; *l'éruption* dite *typhoïde*, et les *sudamina*.

Un mot sur chacun d'eux.

Les *épistaxis* ne sont probablement pas aussi constantes qu'ils veulent bien le dire, puisque Petit n'en parle pas dans son livre : on les rencontre d'ailleurs dans beaucoup d'autres maladies. La présence des vers dans le tube digestif peut les déterminer chez l'enfant et même chez l'adulte ; un simple coryza peut aussi y donner lieu. Ce symptôme ne mérite donc pas toute l'importance que lui accorde M. Chomel à la page 15.

La *bronchite* dite typhoïde est regardée par M. Delaroque (pag, 15) comme tout-à-fait accidentelle ou comme le fruit d'un traitement inopportun. La bronchite, en effet, accompagne un grand nombre de maladies, et dans notre climat elle se joint à presque toutes les fièvres aiguës. On se l'explique par la variabilité des conditions atmosphériques au milieu desquelles nous vivons.

L'*éruption typhoïde*, qui consiste dans l'apparition de taches rosées lenticulaires, vers la fin de la première période ou au commencement de la seconde, n'a pas non plus toute la valeur que lui attribuent MM. Louis, Chomel, etc. Observons d'abord que MM. Chomel et Grisolle ne sont pas bien d'accord sur l'époque de son apparition.

D'après 54 observations de M. Chomel, elle a lieu le *plus communément du* 8e *au* 15e *jour ;* mais, chez un certain nombre de malades, elle ne s'est montrée que le 20e, le 30e jour, et enfin, sur deux, elle n'a paru que le 36e (pag. 20). Suivant M. Grisolle, on la voit paraître le plus souvent du 7e au 12e jour, et on ne l'a plus vue après le 35e (pag. 35). M. Forget (pag. 222) l'a vue chez des convalescents ; M. Bouillaud aussi, au rapport de M. Forget.

M. Andral, qui, par parenthèse, les confond avec les pétéchies, les a rencontrées, avec tous les autres symptômes de la fièvre typhoïde, chez un malade entre autres dont il donne l'histoire à la page 236, et ce malade n'a présenté néanmoins, à l'autopsie, aucune lésion intestinale ; par suite, il n'aurait pas été atteint de fièvre typhoïde, d'après M. Louis, pour lequel cependant les taches rosées ont une si grande importance comme signe caractéristique.

Enfin, M. Grisolle avoue (pag. 35) qu'on peut observer cette éruption

dans d'autres maladies aiguës, mais que, néanmoins, elle est *presque* spéciale à l'affection typhoïde. MM. Forget (223) et Bouillaud (Cliniq. méd., I, 237), pensent que le traitement influe sur l'apparition des taches rosées, et qu'on ne les rencontrera pas chez un grand nombre de sujets s'ils sont soumis aux anti-phlogistiques.

Les *sudamina*, il faut l'avouer, ont, aux yeux de M. Chomel, moins de valeur que les taches rosées, et il convient qu'on les rencontre dans d'autres maladies (24 et 25). M. Grisolle, au contraire, les place parmi les caractères propres à formuler un diagnostic différentiel (pag. 43). Nous pensons, avec M. Delaroque, que ces vésicules remplies de sérosité s'observent toutes les fois qu'il y a tendance à des sueurs abondantes : la preuve, c'est que ces vésicules disparaissent quand les sueurs arrivent. MM. Louis (II, 108) et Grisolle (37) viennent à l'appui de cette opinion, quand ils écrivent que les sudamina sont parfois en rapport inverse des sueurs, c'est-à-dire nombreux quand elles ont été peu abondantes, et réciproquement. « En résumé, dit enfin M. Forget (229), pour nous, les sudamina » sont un épiphénomène à peu près insignifiant et sans nulle valeur. »

M. Chomel signale encore, à la page 12, un phénomène qu'on rencontre ordinairement pendant la deuxième et la troisième période, phénomène sur lequel, dit-il, les auteurs ont gardé le silence, et qui néanmoins lui a paru aussi rare dans les autres maladies, qu'il est commun dans celle-là : c'est le *gargouillement* que détermine la pression de la main à la région iléo-cœcale spécialement. Qu'il nous suffise d'observer, ce que tout le monde sait du reste, que ce gargouillement a lieu dans toutes les maladies du tube digestif, surtout dans les maladies saburrales, souvent même à l'état physiologique.

Nous n'avons signalé que les symptômes prétendus pathognomoniques : la liste entière en est bien autrement étendue, puisqu'elle comprend ceux de toutes les fièvres graves. Après avoir fait une longue et confuse énumération de ces symptômes, dont certains, de leur aveu même (1), s'excluent mutuellement ; plusieurs auteurs reconnaissent que la maladie ne se

(1) Chomel, 540.

présente pas toujours avec tous ces symptômes ; ceux-ci se groupent de différentes manières, et ces divers groupes constituent autant de formes ou variétés de la fièvre typhoïde (1). On croirait naturellement que par formes ils entendent les aspects divers sous lesquels peut se présenter la même affection, l'écorce de celle-ci, en un mot, comme le chancre, l'ophthalmie vénérienne, par rapport à la syphilis : nullement. Pour eux, les formes de la fièvre typhoïde sont tout autant de maladies distinctes ; et, en effet, ce qu'ils appellent : 1° *forme inflammatoire*, 2° *bilieuse ou gastrique*, 3° *muqueuse*, 4° *adynamique ou putride*, 5° *ataxique*, *nerveuse*, *maligne ou cérébrale*, ne sont autre chose, d'après les caractères qu'ils en donnent, que les cinq ordres de fièvres essentielles de Pinel. Ils sont donc forcés d'admettre, au lit du malade, cette division qu'ils accusent pourtant dans leurs livres d'avoir fait faire un pas rétrograde à la science (2).

Un mot sur la terminaison de la maladie. Petit, à la page 135, remarque, qu'avec l'amendement des symptômes, concouraient toujours des urines abondantes avec un sédiment grisâtre et pulvérulent, la souplesse de la peau qui, de sèche et rude qu'elle était auparavant, devenait halitueuse, etc. M. Chomel (pag. 453) prétend, au contraire, que *dans l'état actuel de la science*, on ne peut admettre une médication qui aurait pour but de favoriser de prétendues crises ; que la plupart des évacuations ne peuvent être prises pour des phénomènes critiques, et que celles qui, comme le retour à la transpiration, se lient à une amélioration, en sont plutôt l'effet que la cause : il avait déjà formulé la même opinion à la page 48. Voilà donc supprimée d'un trait de plume la doctrine des crises dans les fièvres continues graves, et cet arrêt si absolu, qui contredit une observation de deux ou trois mille ans, se fonde sur 60 ou 80 observations ! Heureusement la condamnation n'est pas sans appel.

§ III. — Etiologie.

D'après Petit, la fièvre typhoïde se montre chez les hommes jeunes,

---

(1) Chomel, 340. — Grisolle, 38.

(2) Grisolle, pag. 16.

mal nourris, faibles, épuisés, nouvellement arrivés à Paris. Elle est plus grave sous l'influence du froid humide que dans les températures chaudes et sèches (pag. 129).

M. Louis et les autres contemporains, ayant créé une fièvre typhoïde toute différente de celle de Petit, doivent reconnaître une étiologie différente et le plus souvent en opposition avec celle que donne ce dernier. Ainsi, à la page 359 et 367 du tome II, M. Louis n'accorde pas une grande influence à l'alimentation, tandis que, pour Petit, une mauvaise nourriture est la circonstance commune au plus grand nombre (129). On comprendra facilement cette différence, si l'on considère que la fièvre entéro-mésentérique de Petit se rapproche beaucoup de la fièvre adynamique de Pinel (178), tandis que plusieurs des fièvres typhoïdes de M. Louis, étant des fièvres inflammatoires, qui peuvent plus tard revêtir le caractère typhique, sous l'influence d'un traitement vicieux, ne reconnaissent certainement pas pour cause une mauvaise alimentation.

Petit a observé la fièvre entéro-mésentérique le plus souvent chez les hommes d'un âge moyen, mais il l'a trouvée aussi chez un homme de 60 ans (pag. 128). M. Forget (450) reconnaît pareillement qu'aucun âge n'en est exempt. Il a soigné, lui, plusieurs enfants de 8 à 10 ans, et il rapporte que MM. Bretonneau, Constant et d'autres l'ont rencontrée chez des enfants de 4 ans; MM. Montault et Andral l'ont vue chez des vieillards de 65 et 70 ans. Mais M. Louis, qui cependant devrait être moins exclusif qu'aucun autre, argumente d'après 50 morts de 17 à 39 ans, âge moyen 23, et 88 guéris de 15 à 39 ans, âge moyen 21 (II, 353). M. Louis ne peut rigoureusement baser ses conclusions que sur les 50 morts; car, d'après lui, un état morbide ne pouvant être qualifié typhoïde qu'à la condition de présenter la lésion intestinale caractéristique, c'est-à-dire après l'autopsie, il n'est pas certain que les 88 guéris fussent atteints de fièvre typhoïde; et, par suite, il doit les rayer de ses statistiques (II, 307 et 316). Et, dès-lors, quelle confiance peut-on accorder à des conclusions fondées sur 50 observations?

MM. Chomel et Grisolle, malgré leur respect pour les sentences de M. Louis, n'osent pourtant pas, surtout le dernier, se prononcer aussi

hardiment contre les faits. M. Chomel (p. 311) dit cependant que *peut-être* aucun cas n'a été recueilli encore où le malade fût âgé de plus de 55 ans. S'il se fût rappelé le cas de 60 ans de Petit, celui de M. Prus chez un vieillard de 78 ans (*Gaz. méd.* 1838), il n'aurait pas formulé son doute par le mot de *peut-être*. Mais, s'il est encore dans ce doute timide, qu'il prenne la peine de consulter MM. Andral, Lombard et Fauconnet de Genève, M. Montault et même M. Grisolle, qui ne peut contester que tous les âges n'en puissent être atteints.

Sans doute, si on fait consister toute la fièvre typhoïde dans la lésion des plaques de Peyer et de Brünner, elle sera rare chez les vieillards où ces glandes sont atrophiées, et nous concevons parfaitement que M. Chomel (pag. 311) regarde « comme dans l'erreur les pathologistes qui » ont considéré l'âge avancé comme une des conditions les plus favorables » au développement des fièvres adynamiques et ataxiques. » Mais si, au lieu de se baser sur une simple lésion locale, dont nous avons montré la contingence, on tient compte de l'ensemble des circonstances, de l'état dynamique et de l'état organique du malade, on verra que la fièvre ataxo-adynamique est commune chez les vieillards. Et nous sommes heureux de citer à l'appui de cette opinion l'autorité de M. Andral : « Les » vieillards, dit-il (487), nous offrent, comme les jeunes gens, des exem» ples assez fréquents de fièvre adynamique ; mais, chez eux, les lésions » d'organes dont cette fièvre est ou l'effet ou la complication, ne sont » pas toujours semblables à celles qu'on rencontre à une époque moins » avancée de la vie..... Chez les vieillards, la dothinentérie est rare ; mais, » en son absence, des symptômes exactement semblables à ceux qu'elle a » produits dans la jeunesse, apparaissent avec la plus grande facilité à » l'occasion de toute autre lésion, soit d'une pneumonie, soit d'un éry» sipèle, etc. »

S'il m'était permis, enfin, de joindre mon faible contingent de preuves, je dirais que pendant une épidémie de fièvres typhoïdes, qui décima il y a trois ans plusieurs villages de l'Aveyron, j'ai eu occasion d'observer un grand nombre de cas parmi des personnes de 50, 60 ans et plus ; et ces faits ont d'autant plus de valeur qu'ils se sont passés pendant le règne

d'une épidémie, condition favorable à l'étude d'une maladie dont les vrais caractères se montrent alors dans tout leur jour, et comme grossis au microscope.

Ainsi donc, rayez, comme M. Louis, de la liste de vos fièvres typhoïdes les maladies où il manque la lésion des plaques de Peyer, mais où tous les autres caractères existent ; ou bien reconnaissez que la fièvre typhoïde est commune chez les vieillards. C'est qu'en effet, on trouve réunies chez eux toutes les conditions favorables au développement de la fièvre ataxo-adynamique : épuisement, absence presque complète de forces radicales, facilité d'engouement des organes faute de ressorts vitaux nécessaires, condition misérable chez les sujets des hôpitaux d'où partent les observations et les statistiques, etc.

Quant aux climats, M. Chomel n'en dit rien ; M. Forget (p. 467), après avoir exposé le tableau des causes énumérées par M. Chomel, éprouve le besoin de dire qu'il règne un grand vague sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, et qu'on ne saurait aujourd'hui admettre aucune cause véritablement efficiente. Toutefois il trouve la maladie plus commune pendant les chaleurs de l'été et dans les pays méridionaux : on le comprend, puisqu'il s'agit pour lui d'une entérite. M. Grisolle (p. 48) la trouve dans tous les pays, et c'est la meilleure opinion. Il est certain, en effet, que dans tous les pays du monde on rencontrera l'une ou l'autre des cinq ou six fièvres essentielles de Pinel.

Parmi les causes de la fièvre typhoïde, se trouve enfin la contagion, sur laquelle les opinions sont encore partagées. M. Forget donne, à la page 464, la liste des contagionistes et des anti-contagionistes :

1° *Contre la contagion*, MM. Andral, Bouillaud, Rochoux et la plupart des médecins de Paris ;

2° *Pour la contagion*, MM. Bretonneau, Gendron, Leuret, Lombard et Fauconnet, Gaultier de Claubry, Ruef, Navières, etc., et lui : nous pouvons y ajouter MM. Louis (II, 361) et Grisolle (48) ; M. Chomel est dans le doute.— Cette diversité d'opinions cesserait peut-être, si l'on adoptait sur la contagion les idées suivantes, qui sont celles de l'Ecole de Montpellier.

Il y a, dans une foule de maladies graves, une tendance fatale à la contagion : c'est ce qu'on voit pour la variole, la peste, le typhus. Mais doit-on réputer une maladie toujours contagieuse, si on l'a reconnue telle quelquefois, et la contagion est-elle une partie intégrante de sa nature ? Nous ne le pensons pas. La variole, type des maladies contagieuses, ne l'est pas toujours et peut se développer spontanément. La fièvre des camps ou des prisons est le plus souvent contagieuse ; cependant Hildenbrand cite des exemples du contraire. Réciproquement, une foule de maladies, qui ne sont pas habituellement contagieuses, peuvent souvent, sous l'influence de certaines conditions, revêtir ce caractère. On a vu, dans ces dernières années, régner épidémiquement un grand nombre de maladies inflammatoires, des affections catarrhales surtout : c'est ainsi que la grippe s'est répandue presque dans toute la France, pendant les années 1829, 1833, 1837, etc. Or, personne n'osera dire que ces affections soient essentiellement contagieuses ; néanmoins, pendant la durée de ces épidémies on a recueilli des cas d'une véritable contagion. Nous croyons donc (1) qu'on doit considérer la contagion comme un élément accidentel pouvant se joindre à une foule de maladies, mais n'étant invariablement lié à aucune d'elles. Quelles sont maintenant les circonstances qui favorisent ou qui contrarient la contagion ? Généralement, quand les maladies les plus simples grandissent de manière à contracter le génie épidémique, la contagion s'y mêle ; et réciproquement, lorsque les maladies, même les plus graves, perdent le caractère populaire, épidémique, l'élément contagieux s'en sépare. C'est ce qu'on a vu pour le choléra, qui a été quelquefois incontestablement contagieux, tandis que d'autres fois on n'y a pas reconnu des traces de contagion.

Appliquant ces idées à la fièvre typhoïde, nous en conclurons qu'elle n'est pas essentiellement contagieuse, mais qu'elle est susceptible de le devenir quand elle se multiplie par voie épidémique.

Les partisans de la spécificité de l'affection typhoïde ont imaginé que ce caractère spécifique pouvait tenir à une infection particulière, et ils

---

(1) Malgré l'opinion contraire d'un savant Professeur de cette Ecole.

l'ont attribué à une intoxication miasmatique, primitive pour les uns, secondaire pour les autres, pour d'autres enfin primitive et secondaire tout ensemble.

1° *Intoxication primitive.* — Dans cette hypothèse, l'économie vivante serait imprégnée d'un miasme délétère, dont l'introduction se ferait par les poumons, la peau, les voies digestives, etc.; le sang serait altéré, et cette altération engendrerait la fièvre typhoïde (Chomel). Mais nous dirons avec M. Forget (page 454): L'effet primitif des poisons septiques est une dépression du pouls, la pâleur, le froid aux extrémités, une tendance aux syncopes, la stupeur, l'abattement, etc.; tandis que, de votre aveu même, les débuts de la fièvre typhoïde sont le plus souvent une réaction vive inflammatoire, ou des symptômes bilieux, etc.

2° *Intoxication secondaire.* — M. Bouillaud et son Ecole professent cette opinion. Suivant eux, primitivement il y a une gastro-entérite, puis une entérite seulement, gonflement et ulcération des glandes de Peyer et de Brünner, d'où résulte un détritus de matières septiques qui est résorbé et va infecter le sang. M. Forget nous fournit encore des arguments contre cette hypothèse. Les phénomènes d'adynamie n'existent pas toujours en même temps que la période ulcéreuse de l'intestin; quelquefois ils se montrent avant l'altération des glandes; souvent enfin, nous l'avons établi, on ne trouve aucune lésion intestinale. Où est d'ailleurs, dans cette hypothèse, la source des phénomènes typhiques dans certaines pneumonies, dans certains érysipèles, où il y a pourtant un appareil typhoïde bien caractérisé?

3° *Intoxication primitive et secondaire.*—Il y a primitivement absorption d'un miasme qui infecte le sang. Cette altération produit celle des glandes intestinales, leur ulcération, et les matières purulentes qui en proviennent sont absorbées et vont encore secondairement infecter l'économie. Cette opinion, admise par plusieurs auteurs en désespoir de cause, trouve sa réfutation dans les arguments qui prouvent l'invraisemblance des deux autres. La fièvre typhoïde n'est donc pas due à une intoxication.

Un dernier mot pour en finir avec les causes spécifiques. M. Piorry prétend avoir reconnu 35 fois sur 38 (clinique de la Pitié), comme cause

de la fièvre typhoïde, l'habitation d'un grand nombre de personnes dans un espace clos, peu aéré, vicié, etc.; et M. Forget (pag. 459) regarde cette circonstance comme devant être prise en grande considération, bien que M. Chomel n'en parle pas. Sans doute la respiration dans une atmosphère chargée d'émanations animales n'est pas sans danger pour la santé, et nous ne croyons pas cette cause capable de produire la fièvre typhoïde, à moins que le nombre des personnes ainsi réunies, entassées, ne soit très-considérable, et le séjour prolongé; mais alors ce sera le typhus ou fièvre des camps et des prisons qui en sera la conséquence, et non la fièvre typhoïde telle que nous l'entendons.

En résumé, si l'on accepte sur la fièvre typhoïde les idées de M. Louis et de son Ecole, on est forcément amené à la négation de toute espèce d'étiologie. C'est qu'en effet, les diverses fièvres essentielles réunies en une seule par M. Louis sont tellement différentes par leur nature et leurs causes, que, dans le catalogue de ces causes, on n'en trouvera peut-être pas une seule qui soit commune à toutes; que dis-je? plusieurs d'entre elles s'excluront même mutuellement, comme nous l'avons vu pour les symptômes. S'ils sont logiques, ils doivent les rejeter toutes, à moins d'admettre que le froid et le chaud, la jeunesse et la décrépitude, la vigueur et la débilité, le bon et le mauvais régime, etc., peuvent également engendrer la fièvre typhoïde. Mais si, laissant à leur place dans le cadre nosologique les diverses fièvres essentielles, si différentes entre elles par leur nature, on adopte, au sujet de la question en litige, l'opinion qui nous semble la plus vraie et la plus pratique, on trouvera en effet un ensemble de circonstances propres à favoriser le développement de la véritable affection typhoïde.

§ IV. — Traitement.

C'est ici surtout que les contradictions, les inconséquences se montrent dans tout leur jour, et qu'on aperçoit le vice des divers systèmes. Nous verrons plusieurs de ces médecins reculer au lit du malade, et (fort heureusement pour lui) devant les conséquences thérapeutiques de leurs théories.

Petit, ayant remarqué une grande analogie entre sa fièvre entéro-mésentérique et la fièvre adynamique de Pinel, n'hésita pas, malgré la lésion intestinale, qui aurait dû logiquement le contre-indiquer, à employer un traitement tonique et stimulant. C'est que Petit était avant tout bon clinicien, et il avait reconnu par l'expérience l'inefficacité des purgatifs (Introduct. XXXIII). Il ajoute (pag. 130) que, lorsque avant leur entrée à l'hôpital les malades avaient été émétisés ou purgés, la maladie marchait plus vite et devenait plus grave que quand on n'avait rien fait. A la même page XXXIII, il reconnaît aussi que les délayants, les débilitants étaient nuisibles, et que dans l'emploi des stimulants on ne devait pas s'en laisser imposer par le météorisme, la douleur de ventre, la diarrhée; car, dit-il (148), la connaissance du siége de la maladie n'a servi qu'à égarer ceux qui ont voulu s'y attacher exclusivement. Aussi il base lui-même son traitement sur cet ensemble de circonstances qui seules peuvent faire connaître la vraie nature d'une maladie. Comme nous l'avons dit plus haut, ce sont les toniques et les stimulants qu'il employait d'une manière exclusive : à l'intérieur, les préparations de quinquina, les excitants diffusibles, les ammoniacaux; à l'extérieur, les épispastiques, les vésicatoires volants, les frictions avec le vin, l'alcool camphré, etc. Toutefois, Petit ne pouvait pas, théoriquement du moins, ne pas tenir compte de la lésion intestinale qu'il avait décrite avec tant de soin. Alors, pour justifier, au point de vue de sa théorie, le traitement tonique dont il avait reconnu les heureux effets, il supposa que les médicaments toniques qu'il donnait à l'intérieur étaient absorbés avant d'arriver à la partie inférieure de l'intestin grêle, siége de l'éruption intestinale, et conséquemment n'exerçaient sur elle aucune action irritante.

Tout au contraire de Petit, M. Bretonneau prit ses idées théoriques pour base de sa thérapeutique. Pendant les dix ou douze premiers jours de la maladie, afin de laisser à son éruption interne le temps de parcourir de prétendues phases analogues à celles de l'éruption variolique, il faisait de la médecine expectante et se bornait à quelques boissons délayantes, à des lavements, etc., et cela, quel que fût le début de la fièvre, qu'il fût ataxique, adynamique, inflammatoire, etc.; de temps en temps il admi-

nistrait quelques doux laxatifs (8 à 16 grammes de sulfate de magnésie) pour aider l'expulsion du prétendu bourbillon. On voit quelle contradiction il y a entre cette thérapeutique et celle de Petit, qui prescrivait formellement les délayants, les purgatifs, et recommandait les stimulants et les toniques.

Bientôt, ou en même temps, arrive Broussais, qui, niant la spécificité de la fièvre typhoïde, considère toutes les fièvres comme dues à une inflammation du tube digestif, et, par suite, le traitement anti-phlogistique est par lui mis seul en usage. M. Bouillaud, son fidèle disciple, continue d'employer le même traitement ; seulement, au lieu des émissions sanguines locales dont Broussais faisait un si grand usage, M. Bouillaud saigne ses malades par une méthode qui lui est particulière : c'est celle des saignées coup sur coup. Selon lui, la fièvre typhoïde débute par une congestion considérable, et si on parvient à détruire cette dernière, on est sûr de juguler la maladie. Dès que le malade arrive dans ses salles, il lui fait tirer une livre de sang. Le soir, on répète cette saignée, et comme adjuvant, on applique 20, 30, 40 sangsues sur l'abdomen, ou bien des ventouses scarifiées ; le lendemain, on recommence, etc. Lorsque le malade, par suite de ces pertes sanguines énormes, tombe dans le dernier degré de l'adynamie, que la langue devient fuligineuse, que des pétéchies se montrent sur toute la surface de la peau, qu'il survient des selles involontaires et une rétention d'urine à cause de la paralysie de la vessie, M. Bouillaud regarde ces phénomènes comme le résultat de l'infection de la masse sanguine par l'absorption du détritus des glandes de Peyer ulcérées. Nous avons prouvé plus haut le peu de fondement de cette intoxication générale.

M. Forget, comme on doit s'y attendre, use aussi d'un traitement antiphlogistique ; et, après avoir soumis les autres méthodes thérapeutiques à une critique sévère, il ne manque pas d'en conclure la supériorité de la sienne. Toutefois soyons justes, et reconnaissons qu'il fait, des émissions sanguines, un usage plus modéré que M. Bouillaud.

Arrivons à l'Ecole de M. Louis. Ce médecin était conduit par la logique à une thérapeutique négative ; aussi, pendant long-temps, après avoir

prouvé par la statistique que toutes les méthodes étaient vicieuses, il a fait de la médecine expectante. Toutefois, comme arrivé auprès d'un malade il faut bien faire quelque chose, M. Louis conseille une ou deux petites saignées au début, qui, en définitive, ne peuvent pas produire un grand mal. Aujourd'hui, depuis la publication du traité de M. Delaroque, il s'est jeté sur les évacuants, dont il reconnaît *provisoirement* la supériorité dans tous les cas, même dans les formes ataxique et adynamique (contradiction flagrante avec Petit). « Quant aux formes ataxiques et adyna»miques, dit en effet M. Louis (II, 444), il est encore bien évident que »le traitement évacuant leur est principalement applicable, si, comme »nous l'admettons *provisoirement*, ce traitement est généralement plus »heureux que les autres. » En d'autres termes, si le traitement évacuant convient à la fièvre bilieuse, il convient aussi à la fièvre adynamique. Autant vaudrait dire : Si le mercure guérit la syphilis, il guérit aussi la migraine. On voit jusqu'où peut conduire l'obstination à regarder comme une entité morbide la réunion forcée de plusieurs maladies essentiellement différentes.

M. Chomel est, comme M. Louis, partisan de la spécificité de la fièvre typhoïde, et, d'un autre côté, il distingue dans cette maladie cinq ou six formes, qui ne sont autres que les cinq ordres de fièvres de Pinel; et quoiqu'il s'obstine à voir un fonds commun, une identité de nature dans ces formes ou variétés, ce sont bien des maladies essentiellement différentes, puisque, de son propre aveu, elles demandent un traitement si différent. M. Chomel a-t-il donc oublié cette maxime : *Naturam morborum curationes ostendunt ?* Il se fonde sur la présence constante de la lésion intestinale pour établir que toutes ces maladies ont la même nature, et, par suite, cette lésion a pour lui la plus grande importance. Or, nous savons déjà à quoi nous en tenir sur les plaques de Peyer. Mais ce à quoi on ne s'attend pas sans doute, c'est de voir M. Chomel (pag. 341) avouer que souvent *la connaissance de la lésion anatomique est presque inutile sous le rapport du traitement;* et en effet, sans en tenir aucun compte, il formule, pour chacune des formes de sa fièvre typhoïde, des traitements aussi différents que le sont en réalité les maladies auxquelles il les applique, et

qui, pour la plupart, s'éloignent peu de ceux des fièvres essentielles de Pinel. Pour la fièvre adynamique en particulier, il adopte le traitement de Petit, contrairement à M. Louis, qui lui applique les évacuants ; il ne prescrit même pas ces derniers dans sa forme bilieuse, car il la traite comme la forme inflammatoire par les saignées (pag. 472).

M. Forget s'est bien gardé de reconnaître plusieurs formes dans la fièvre typhoïde; car c'était, on vient de le voir, rétablir par le fait les fièvres essentielles de Pinel, dont on a juré la ruine. Pour lui, la maladie est toujours inflammatoire, et il accepte, tout en la déclarant défectueuse, la division qu'on en a faite en cas *légers*, *moyens*, *graves* (264). M. Louis aussi (336 à 343) divise sa fièvre typhoïde de la même manière; et à la page 343, pour justifier les évacuants, il dit qu'on doit les employer dans tous les cas avec plus ou moins d'énergie, *car le degré de la maladie ne change pas la nature du traitement.* Voilà qui est logique, au moins ; tandis que M. Chomel, tout en admettant pour la maladie une nature toujours identique, propose cependant des traitements diamétralement opposés. C'est qu'il a senti, malgré lui, combien les faits cliniques étaient en opposition avec ses idées spéculatives, et force a été pour lui de faire au lit du malade plus d'une brèche à sa théorie.

M. Louis lui-même n'a pas pu se soustraire toujours à l'évidence des faits. Après avoir (II, pag. 486) tracé son traitement général, c'est-à-dire applicable à tous les cas, et qui sera anti-phlogistique ou évacuant suivant les goûts et les préférences d'un chacun, car il ne donne aucune raison de préférer l'un ou l'autre, il formule quelques conseils, fort bons du reste, sur la manière d'employer les saignées et les purgatifs. Il sent pourtant la nécessité d'un correctif, et il s'empresse d'ajouter que son traitement général ne s'applique qu'aux cas légers. Il oublie qu'à la page 444 il a reconnu que la méthode évacuante était principalement applicable aux cas les plus graves (ataxiques, adynamiques). Quoi qu'il en soit, puisqu'à la page 486 les évacuants ne sont plus de mise pour les cas graves, il faut bien leur appliquer quelque chose, et c'est alors que nous voyons apparaître le traitement des symptômes. Le délire est combattu par une saignée de 200 ou 300 grammes (495); ce qui, suivant Petit (157),

l'aggrave loin de le soulager. Au spasme il oppose le musc et les excitants diffusibles (497), etc., à la faiblesse les toniques, etc.; c'est-à-dire que finalement il est forcé, comme M. Chomel, de faire quelquefois un peu de médecine-pratique. Mais il n'en persiste pas moins dans son scepticisme, et on le comprend aisément. Puisque, en effet. on n'est certain de l'existence d'une fièvre typhoïde qu'après la mort du malade et quand on a disséqué son intestin, comment pendant la vie instituer un traitement rationnel? Et si, comme il l'espère, M. Louis venait un jour à découvrir un spécifique de la fièvre typhoïde, comme le quinquina ou le vaccin (II, 501), à quel signe en reconnaîtrait-il l'indication?

M. Chomel ne renonce, pas plus que M. Louis, à la découverte du précieux spécifique, et il fait des essais dans ce but. C'est ainsi que dans l'hypothèse de la destruction des parties salines du sang, M. Chomel (p. 513) emploie le chlorure de soude préconisé par M. Stevens, bien qu'à la page 459 il ait reconnu les insuccès de ce dernier. M. Cruveilhier a essayé l'acide citrique; un autre, le sulfate de quinine à haute dose, etc., suivant l'idée qu'ils se font de la spécificité de la maladie. M. Forget (pag. 555) a victorieusement réfuté la folle espérance de la découverte d'un spécifique.

M. Delaroque ne croit pas à la spécificité de la fièvre typhoïde. Suivant lui, elle est uniquement due à un amas de matières saburrales dans les premières voies; aussi c'est par les éméto-cathartiques qu'il traite tous ses malades. Ainsi, tandis que M. Chomel, tout en reconnaissant une forme bilieuse de la fièvre typhoïde, la regarde comme peu importante, au point de ne demander aucune ou presque aucune modification dans le traitement qui, pour lui, est celui de la fièvre inflammatoire, M. Delaroque, au contraire, ne voit partout que des fièvres bilieuses qu'il attaque par les évacuants. Mais est-il possible que, pratiquant dans le même temps et dans la même localité, des médecins voient et traitent la même maladie d'une façon diamétralement opposée? Evidemment, les uns ou les autres sont dans l'erreur, et mieux tous, car c'est là le propre des opinions exclusives. Mais poursuivons le traitement de M. Delaroque. Dès que les malades entrent à l'hôpital, il leur administre 5 ou 6 centigrammes de

tartre stibié, auxquels il joint souvent 30, 40 grammes de sulfate de soude pouren faire un éméto-cathartique. Si le malade n'a pas vomi, nouvelle dose de tartre stibié (pag. 121, 122), jusqu'à ce que le vomissement arrive. Après cela, si la douleur de ventre est intense, s'il y a un gargouillement considérable, du météorisme; en d'autres termes, s'il y a des signes d'une forte irritation intestinale, et, par suite, contre-indication des purgatifs, s'arrête-t-il? Non; c'est au contraire, suivant lui, l'indication formelle de les employer (pag. 125). Il administre ainsi 3, 5, 6, 8 verres d'eau de Sedlitz par jour, et il prouve par des statistiques que tous ses malades guérissent. Les phénomènes d'ataxie, d'adynamie, ne lui font nullement suspendre les purgatifs, et chez lui les toniques ne sont de mise qu'à la dernière période et au commencement de la convalescence.

A l'heure qu'il est, la plupart des médecins de Paris se rangent sous la bannière de M. Delaroque et ils purgent. M. Bouillaud même joint volontiers à ses saignées un éméto-cathartique. M. Serre pareillement ne professe plus sur la fièvre entéro-mésentérique ses idées de 1813, et bien que pour lui ce ne soit pas une fièvre bilieuse, mais bien une variole interne, il emploie les purgatifs: c'est le sulfure noir de mercure qu'il prescrit à l'intérieur, avec les frictions mercurielles à l'extérieur (1).

M. Piorry fait exception à la règle: il ne veut ni saignées, ni purgatifs, ni toniques; sa thérapeutique est à la portée de toutes les bourses. Il fait prendre 12 verres d'eau froide le matin, 12 à midi, 12 le soir, et des lavements. Quand les malades succombent, il ouvre leurs cadavres et les trouve morts d'asphyxie qu'il attribue à une infection. Cette asphyxie ne nous étonne nullement puisqu'il noie ses malades (2).

Si nous voulons résumer les diverses méthodes thérapeutiques dont nous venons de parler, nous n'avons qu'à ouvrir le livre de M. Andral, car il les a essayées toutes. Ainsi, comme il le dit à la page 650, les 146 malades dont il rapporte les observations ont été soumis aux traitements les plus divers. Sans tenir aucun compte de la nature, ou, pour parler

---

(1) Revue médic. chir. 1847, T. II, p. 160.

(2) Leçons orales de M. le Professeur Fuster.

leur langage, de la forme de la maladie, de sa gravité, etc., un premier groupe de malades a été mis à la diète, au repos et à l'usage des simples boissons acidules ou mucilagineuses, sans aucune médication active (et ils n'ont peut-être pas été les plus malheureux). Un second groupe a été saigné plus ou moins abondamment. « Chez plusieurs, la périphérie cuta-» née a été couverte de sinapismes et de vésicatoires, ou irritée par des » frictions stimulantes. Chez quelques-uns, des applications froides ont été » faites sur la tête, et des bains de température variable ont été donnés. » Les purgatifs, et plus fréquemment les émétiques, ont été administrés à » un assez grand nombre ; chez d'autres, le traitement tonique et stimu-» lant, proprement dit, a été mis en usage. »

Enfin, pour ne rien laisser à désirer sous le rapport encyclopédique, M. Andral a soumis plusieurs de ses malades à toutes ces méthodes, soit à la même époque, soit à diverses époques de la maladie. Qu'on se figure un pauvre malade qu'on saigne, qu'on purge, qu'on fait vomir, qu'on couvre de vésicatoires, etc., le tout en même temps !

« Que si, poursuit M. Andral, nous cherchons à apprécier quelle a été » l'influence exercée par ces traitements divers, nous trouverons dans » cette appréciation les difficultés les plus graves. » Nous le croyons sans peine puisqu'ils ont été appliqués au hasard et sans aucune espèce de discernement. « Nous pourrions nous placer sur un terrain plus commode, » dit encore M. Andral (pag. 651), en disant que, *suivant les cas*, tel » ou tel mode de traitement doit être préféré. »

Que ce terrain soit plus ou moins commode, nous croyons, nous, que c'est celui de la vraie, de la saine pratique, et que conséquemment on doit toujours s'y placer.

En résumé, nous voyons que les modernes ne s'entendent nullement sur la nature, les lésions anatomiques, les symptômes, l'étiologie et le traitement de la fièvre typhoïde.

Suivant MM. Bouillaud, Forget, etc., l'inflammation de la muqueuse

gastro-intestinale est la cause première de tous les phénomènes, et l'altération des glandes de Peyer et de Brünner en est la conséquence. Pour M. Louis, au contraire, cette dernière lésion est primitive, et l'inflammation de la muqueuse, quand elle existe, n'est que consécutive. MM. Chomel et Grisolle attribuent la fièvre typhoïde à une altération du sang inappréciable aux sens, et la maladie se localise sur les glandes de Peyer, dont l'altération est caractéristique. M. Andral a vu manquer souvent cette lésion, et il professe à la fois l'opinion de M. Louis et celle de M. Chomel. M. Delaroque ne voit dans la fièvre typhoïde qu'un état saburral des premières voies.

Relativement aux symptômes, d'après MM. Louis et Chomel, l'invasion est subite et inopinée. MM. Bretonneau, Forget, Grisolle trouvent ordinairement des prodromes; M. Delaroque ne les a jamais vu manquer. Quant aux signes pathognomoniques, les *épistaxis* sont pour MM. Louis, Chomel, un phénomène des plus constants; Petit n'en parle pas. La *bronchite* a une grande importance aux yeux de MM. Louis et Chomel, puisqu'ils lui ont donné le nom de *bronchite typhoïde;* M. Delaroque, au contraire, la regarde comme accidentelle, subordonnée aux variations atmosphériques, etc., ou comme le fruit d'un traitement inopportun. MM. Louis, Chomel, Grisolle donnent une grande valeur aux *taches rosées;* M. Andral ne les a pas trouvées constantes et les a observées dans d'autres maladies. MM. Forget et Bouillaud les attribuent à un traitement vicieux. Le *gargouillement iléo-cœcal*, presque caractéristique pour M. Chomel, qui dit l'avoir découvert (pag. 12), existe dans la plupart des maladies du tube digestif, surtout dans les maladies saburrales.

Quant à l'étiologie, MM. Louis et Chomel n'ont guère observé la fièvre typhoïde qu'entre 17 et 40 ans; M. Forget a soigné des enfants de 4 à 10 ans; M. Andral l'a trouvée commune chez les vieillards. Petit avait reconnu parmi les causes les plus influentes une mauvaise alimentation; M. Louis ne lui reconnaît que peu d'importance. Les uns trouvent la maladie plus commune dans les pays chauds, les autres dans les pays froids. M. Forget nie toute espèce d'étiologie. Sur la question de la contagion, MM. Bretonneau, Forget, Louis, Grisolle, etc., disent oui;

MM. Andral, Bouillaud, etc., non; M. Chomel est dans le doute. Enfin, pour ce qui est du traitement, Petit employait les toniques et les stimulants, il proscrivait les saignées et les purgatifs; MM. Bouillaud, Forget, etc., n'usent que des anti-phlogistiques et des débilitants; M. Delaroque émétise et purge tous ses malades; M. Louis saigne ou purge à volonté; M. Andral met en usage toutes ces méthodes à la fois.

DEUXIÈME PARTIE.

Dans la première partie de notre travail, nous nous sommes efforcé de mettre en relief le désaccord qui règne parmi les auteurs contemporains au sujet de la fièvre typhoïde. La raison de ces contradictions découle naturellement de l'idée malheureuse qu'ils ont eue de composer un tout homogène avec des éléments de nature différente. En effet, suivant que telle ou telle des fièvres de Pinel est entrée pour la plus grande part dans les 50 ou 80 observations d'où chacun tire ses conclusions, ils se font de la fièvre typhoïde une idée différente; et nous voyons paraître, comme appartenant à toutes les fièvres essentielles, des lésions anatomiques, des symptômes, des causes, un traitement qui ne conviennent qu'à l'une ou à l'autre de ces fièvres. Mais au moins chacun va nous donner de bonnes relations des maladies qu'il a observées? Oui, au point de vue des altérations locales; car ils les observent admirablement; mais la lésion dynamique, cause première de tous les phénomènes qui n'en sont que la manifestation, ils n'en tiennent aucun compte. Quand un malade se présente à eux, aussitôt qu'ils ont constaté un état fébrile, de la douleur au creux de l'estomac, le gargouillement iléo-cœcal, etc., ils voient de suite une fièvre typhoïde. Un peu de diarrhée ou une légère constipation leur suffisent même souvent pour poser ce diagnostic. En un mot, ils se décident d'après un seul ordre de phénomènes, les lésions anatomiques; et, il faut leur rendre cette justice, ils apportent dans leur détermination une précision qui ne laisse rien à désirer. Mais ils s'en tiennent là, et voilà le vice de leur méthode. La notion de la lésion anatomique dans les fièvres graves ne peut faire

connaître la nature de l'affection. Il y a de plus, et avant tout, un état dynamique dont ils ne se préoccupent point. Ils voient bien à la vérité un état général, mais cet état n'a pour eux rien d'essentiel, de primitif; ils le rapportent à la lésion organique des solides ou des liquides, dont, suivant eux, le mouvement fébrile est l'effet et non la cause. Mais ces lésions n'étant pas essentielles, pouvant exister ou ne pas exister bien qu'on les rencontre très-souvent, n'étant pas, quand elles existent, en rapport avec la gravité de la maladie, ne sauraient fournir les bases de l'indication thérapeutique principale. Que signifie une douleur, une ulcération pour ceux qui se contentent de l'état local? Rien ou presque rien; car ces symptômes peuvent dépendre d'une foule de causes diverses dont ils ne s'inquiètent pas, et par suite les indications varieront suivant ces causes bien que le symptôme reste le même. Ceux qui ne voient que l'état local sont obligés de faire une hypothèse à laquelle ils rapportent tous les phénomènes; et c'est ainsi que naguère encore plusieurs médecins, s'obstinaient à ne voir qu'une inflammation dans les divers symptômes de la syphilis, les traitaient par les anti-phlogistiques, sans remonter à la nature de l'affection.

La connaissance de l'état anatomique ne saurait nous suffire à nous, Elèves de Montpellier; nous ne concevons pas la vie sans les organes, et ces deux objets sont à nos yeux inséparables. Aussi, dans le fait morbide, nous cherchons à déterminer avec soin les deux états : l'état dynamique et l'état organique. Quand nous arrivons auprès d'un malade, nous lui demandons d'abord de quoi il se plaint; et lorsque le siége du mal nous est connu, que nous l'avons délimité autant que faire se peut, en employant tous les moyens d'exploration dus au progrès de la science, nous cherchons à en pénétrer la nature, et dans ce but nous nous enquérons des causes diverses qui ont pu l'amener et du fonds sur lequel elles ont agi, c'est-à-dire de l'état organique et vital du sujet, de son âge, des moyens thérapeutiques déjà employés, etc., puis du milieu où il a vécu, où il est tombé malade, etc.; et en combinant ces diverses données, nous arrivons le plus souvent à connaître la vraie nature de la maladie.

Les anciens observaient très-bien l'état général (Chomel 462); les

modernes excellent dans la détermination de l'état organique. Si on combine les deux modes de l'observation, on fera de la bonne médecine.

En appliquant ces principes à la question qui nous occupe, nous avons reconnu qu'il existe un état morbide auquel nous conservons le nom de *typhoïde*, bien que cette dénomination ne soit pas à l'abri de tout reproche, puisqu'elle semble assimiler cette maladie au typhus qui en est différent. La fièvre typhoïde représente pour nous ce que les anciens ont désigné sous le nom de *fièvre maligne*, dont les caractères essentiels sont un état d'ataxie et d'adynamie.

Pour reconnaître cette affection, il faut étudier l'état général ou dynamique et l'état local ou organique du malade. On étudiera l'état général dans la nature des causes, dans la manière dont la maladie s'est développée, dans le tempérament du sujet, la constitution médicale régnante, etc. C'est un état d'affaissement, de relâchement, et ultérieurement d'extinction, de sidération des forces vitales. Il se rencontre à la suite des causes qui ont débilité l'économie, les excès de toute sorte, une mauvaise alimentation, une suppuration longue, etc.; par suite, lorsqu'une maladie sans caractères locaux bien tranchés se présentera à la suite d'un ensemble de causes qui auront énervé, déprimé le système dynamique, on devra déjà soupçonner l'existence d'une fièvre typhoïde. Les symptômes en sont, d'ailleurs, bien caractérisés : le malade éprouve un sentiment de faiblesse indéfinissable; sa parole est fatiguée; sa physionomie comme étonnée, ahurie, sans vivacité; ses traits sont immobiles. Il paraît aller au-devant des impressions qui lui viennent des objets environnants, sans s'en rendre compte. Il a la peau terreuse, sèche; ses sens sont affaiblis; il ne peut se tenir debout sans éprouver des vertiges, des éblouissements. Des frissons, des douleurs vagues circulent dans tout son corps, et il est très-impressionnable aux moindres provocations extérieures. Son appétit est souvent diminué et ses digestions se font mal; toutefois, ce n'est pas là un caractère constant, et l'on voit fréquemment les fonctions digestives se maintenir presque à l'état normal, augmenter même d'activité pendant cette période prodromique.

Cet état peut durer plus ou moins long-temps, rarement au-delà de quinze jours. Alors le malade est forcé de s'aliter; la stupeur, la faiblesse augmentent; le pouls devient petit, fréquent, la peau plus sèche et plus chaude. Il survient fréquemment une ou plusieurs épistaxis, toujours peu abondantes et nullement critiques. Le délire ne tarde pas à paraître, mais non frénétique, tempêtueux, comme dans la fièvre ardente des anciens; c'est au contraire un délire presque toujours doux, paisible, et qui cesse dès qu'on fixe fortement l'attention du malade, pour reparaître un instant après quand on le livre de nouveau à lui-même. Dans l'après-midi survient un léger paroxysme, rarement avec des frissons; l'exacerbation dure toute la nuit, et c'est alors surtout que le malade bat la campagne. Le matin, il y a une rémission marquée.

La fièvre typhoïde est, de sa nature, chronique par la manière dont s'effectuent les mouvements pathologiques; car c'est là ce qui caractérise la chronicité, et non le nombre de jours que dure la maladie.

Aux phénomènes précédents, dont la durée variable s'étend quelquefois à deux ou trois septénaires, succèdent deux états qui sont les signes à peu près constants de l'affection typhoïde arrivée à sa dernière période; ce sont : 1° un état de spasme, d'ataxie; 2° un état de dissolution des liquides ou état putride des anciens. On voit par là comment la fièvre typhoïde se rattache à la fièvre ataxo-adynamique de Pinel et à la fièvre putride des anciens.

1° L'état ataxique est caractérisé par des soubresauts des tendons, des mouvements convulsifs. Les yeux du malade sont renversés en haut, souvent à moitié fermés. Il est lui-même assoupi; sa peau est sèche, aride, terreuse. Il survient des convulsions internes qui se traduisent par un flux dysentérique, des vomissements; quelquefois ce sont de violentes convulsions tétaniques, qui peuvent en imposer pour une méningite cérébro-spinale. Plusieurs de ces phénomènes se montrent souvent à peu de distance du début de la maladie : tels sont les soubresauts des tendons.

2° La seconde forme terminale de la fièvre typhoïde se manifeste par un suintement dans la bouche d'une matière sanguinolente, brunâtre, épaisse, nommée *enduit fuligineux*. La langue se dessèche et se recouvre aussi de

cette matière sanguinolente. Il survient des hémorrhagies, assez abondantes quelquefois pour exiger le tamponnement. Ces hémorrhagies se font fréquemment par l'anus ; le sang qui s'en écoule est noir, diffluent, sans caillot. Les solides ont aussi une tendance à la décomposition, à la gangrène ; et non-seulement il se forme des eschares sur les points où le corps appuie (sacrum, trochanters) et sur les plaies des vésicatoires, mais encore des organes entiers sont parfois frappés de mortification. M. Fuster a vu, en 1826, pendant une épidémie de fièvre typhoïde, à Montpellier, la verge d'un malade envahie et détruite par la gangrène.

Observe-t-on indistinctement l'une ou l'autre de ces deux formes terminales? Ordinairement c'est un état intermédiaire, tenant à la fois de l'ataxie et de l'adynamie, avec prédominance de l'une ou de l'autre. Quand c'est l'ataxie qui prédomine, elle imprime à la maladie un caractère insidieux qui se manifeste par un défaut de rapport entre les symptômes et la gravité de la maladie, et aussi entre l'état physique du malade et ses sensations internes. Ainsi, le pouls sera presque naturel, et l'état général alarmant ; le malade accusera du froid, et sa peau sera sèche, âcre et brûlante; il aura la langue humide, avec une soif intense, ou bien, au contraire, il ne sera nullement altéré, bien que la langue soit très-sèche.

Avant d'arriver à cette dernière période, la maladie peut se terminer favorablement par des sueurs, des urines abondantes, avec un dépôt plus ou moins copieux, quelquefois par des garde-robes. Mais ces terminaisons critiques sont rares dans les cas de fièvres typhoïdes qui s'annoncent de bonne heure par une grave atteinte portée au système dynamique : dans ces cas, l'issue en est souvent funeste. Toutefois si, grâce à l'emploi bien dirigé des toniques et des stimulants, on parvient à provoquer un peu de réaction de la part de la nature, alors la terminaison a lieu d'une manière différente. C'est ainsi que souvent on voit l'apparition de plaques gangréneuses au sacrum, aux grands trochanters, coïncider avec la disposition des symptômes les plus graves ; alors on est naturellement porté à regarder cette gangrène comme critique. D'autres fois il survient des érysipèles qu'il faut se garder de traiter comme des inflammations franches ; on ne ferait que hâter le terme fatal. La crise peut aussi se faire par des

parotides. Observons toutefois, d'une manière générale, que les différentes terminaisons critiques dont nous venons de parler, n'ont pas toujours le même succès que les crises ordinaires des autres maladies, et l'on doit les surveiller. La gangrène, par exemple, peut augmenter outre mesure et envahir des organes essentiels à la vie. L'érysipèle aussi, traitée par les anti-phlogistiques, peut passer à l'état gangréneux et devenir funeste.

Cette affection n'est pas toujours primitive, essentielle, protopathique. Un grand nombre de maladies, par suite d'un traitement inopportun et exclusif, ou par une disposition vicieuse de l'économie chez le malade, ou bien encore par une influence épidémique qui n'en est pas moins avérée bien qu'on ne puisse déterminer ses causes, peuvent revêtir un caractère d'ataxie et d'adynamie qui devient alors l'élément le plus important de l'état morbide. C'est là ce qu'on appelle un état typhoïde consécutif, secondaire, deutéropathique.

Supposons un homme jeune, vigoureux, atteint d'une fièvre intense : M. Bouillaud et ses disciples vont le saigner à outrance ; le lendemain, le malade s'affaisse, et cependant on continue de lui tirer du sang encore pendant deux ou trois jours : alors ses forces sont déprimées, sa face s'altère ; il survient de la stupeur, des vertiges, du délire, en un mot les divers symptômes de l'ataxie, de l'adynamie : voilà donc un état typhoïde consécutif à une fièvre qui était d'abord simplement inflammatoire. Si ce malade eût été convenablement traité par des saignées modérées, on aurait remis les forces vitales dans la voie moyenne d'activité nécessaire à l'exercice régulier des fonctions.

Qu'au lieu d'être confié à M. Bouillaud, ce malade soit soumis au traitement de M. Delaroque : à la place des saignées, qui ne sont jamais de mise chez lui, M. Delaroque lui prescrira immédiatement un émétocathartique. Alors on verra se manifester les symptômes d'une concentration violente sur le tube digestif ; le pouls deviendra petit, fréquent, le ventre douloureux, la langue rouge, etc. ; en un mot, on aura tous les caractères d'une gastro-entérite. En persistant dans l'emploi des purgatifs comme le fait M. Delaroque, sans se laisser arrêter par les signes les plus évidents d'une violente irritation intestinale, on usera les forces par excès

d'irritation, comme M. Bouillaud l'avait fait par excès d'exténuation. Dans l'un comme dans l'autre cas, le résultat sera un état typhoïde artificiel et secondaire. A l'autopsie, on ne manquera pas de trouver les glandes de Peyer engorgées, ulcérées, ou bien la muqueuse intestinale enflammée.

Lors donc qu'une méthode exclusive ne sera pas par hasard appropriée à la maladie, on déterminera souvent une fièvre typhoïde, pourvu que le sujet présente une disposition favorable à son développement. Or, ces conditions se rencontrent chez la plupart des malades reçus dans les hôpitaux : ce sont, en effet, des hommes d'une condition inférieure, ayant usé d'une alimentation souvent insuffisante, quelquefois mauvaise, possédant par suite peu de forces radicales. On comprend dès-lors la fréquence et la mortalité des fièvres typhoïdes dans les hôpitaux de Paris.

La mortalité était bien moindre chez les grands observateurs du dernier siècle. Dans le premier volume de Stoll, par exemple, on trouve une statistique des malades traités à Vienne par ses prédécesseurs. Or, dans les fièvres malignes observées pendant douze ans, et qui toutes étaient des maladies essentiellement graves et compromettant la vie des malades, ils ne perdaient en moyenne que 1 malade sur 7 $^1/_{10}$, et aujourd'hui on ose avouer une mortalité de 1 sur 3 (Chomel 447) ! Cependant, comme on ne l'ignore pas, un grand nombre de fièvres typhoïdes des modernes sont primitivement des maladies fort légères.

Bang de Copenhague ne perdait aussi dans les mêmes circonstances que 1 malade sur 7 ou 8 (Leçons orales de M. Fuster).

Non-seulement l'état typhoïde peut se joindre ou succéder à la plupart des maladies aiguës : pneumonie, variole, scarlatine, etc. ; et constituer des pneumonies malignes, des varioles malignes, etc. ; il peut aussi s'associer aux maladies chroniques, et il est rare qu'un individu atteint d'une affection grave ne présente pas, aux approches du terme fatal, un état typhoïde plus ou moins prononcé. Dans la fièvre hectique, par exemple, les malades ont, pour la plupart, cet air hébété et cette sécurité sur l'état de leur santé, qui forment un des traits caractéristiques de la fièvre typhoïde.

Les états typhiques consécutifs se terminent comme les maladies aux-

quelles ils sont joints. Ainsi, l'état typhoïde joint à une fièvre inflammatoire se termine comme elle par des urines, des sueurs, etc., et voilà pourquoi ces crises sont plus fréquentes dans ces cas que dans les fièvres typhoïdes essentielles primitives.

Traitement.

Il sera différent, suivant qu'il s'agira d'un état typhoïde consécutif, ou d'une fièvre typhoïde essentielle primitive :

1° Le premier dépendant d'un vice dans la thérapeutique de la maladie antécédente, ou d'une disposition anormale du sujet qui réalisera souvent un état typhoïde à l'occasion d'une maladie quelconque, ou bien d'une influence épidémique, le praticien devra aller au-devant de cet état et ne pas attendre son développement pour le combattre; et c'est surtout en remontant aux causes, au tempérament du sujet, à son âge, à la constitution médicale régnante, en un mot à la nature véritable de la maladie, qu'on ne s'engagera pas dans une fausse thérapeutique. Les grands praticiens du dernier siècle nous ont offert sur ce point des exemples à imiter.

En 1776, Stoll reconnut que les fièvres graves soumises à son observation dépendaient d'une constitution médicale bilieuse, et les évacuants en faisaient promptement justice. En 1779, au contraire, quoique les symptômes fussent exactement les mêmes, ce grand observateur ne tarda pas à reconnaître que les évacuants étaient nuisibles, et qu'au contraire, les anti-phlogistiques avaient un plein succès: c'est qu'en effet, la constitution régnante était inflammatoire. Il traita ses malades par la saignée, et les guérit; tandis que ceux qui, moins bons observateurs que lui, voulurent, comme en 1776, user des émétiques et des purgatifs, aggravèrent l'état de leurs malades et en perdirent la plus grande partie.

Rivière, l'un des bons praticiens du XVIIe siècle, observa à Montpellier, en 1623, une épidémie de fièvres malignes; il purgeait d'abord ses malades, puis leur administrait des toniques, etc., et les perdait tous. Enfin, il est un jour appelé auprès d'un malade à l'agonie; en réfléchissant aux insuccès des toniques, il eut un éclair de génie : il crut voir que l'état de son malade pouvait tenir à une oppression des forces; il fit une saignée,

et le malade guérit. Cette méthode appliquée aux autres fut suivie d'un succès éclatant (1). Ces divers exemples nous montrent combien il importe de remonter à la source de la maladie, et combien les symptômes sont impuissants à fournir des données exactes pour une bonne thérapeutique.

Si l'on se conforme au précepte que nous avons donné, d'étudier également l'état dynamique et l'état local, pour en déduire la nature de la maladie, on instituera une thérapeutique rationnelle, qui préviendra, dans le plus grand nombre des cas, le développement d'un état typhoïde secondaire. Nous ajouterons néanmoins que quelquefois, comme l'avaient très-bien observé les anciens, il existe chez le sujet une disposition vicieuse de l'économie qui réalise, à la moindre provocation, tout l'appareil des symptômes typhoïdes les plus graves en dépit du traitement le plus éclairé; alors la maladie poursuit une marche rapidement funeste. Un employé de l'Ecole de médecine en a offert dernièrement un malheureux exemple.

Quoi qu'il en soit, la première chose à faire pour le praticien appelé auprès d'un malade qui présente tous les symptômes d'un état typhoïde bien caractérisé, c'est de déterminer s'il s'agit d'un état typhoïde consécutif, ou bien si l'affection est primitive. Et c'est surtout, nous le répétons, en remontant aux causes, à l'origine de la maladie, à son mode de développement, qu'on éclaircira cette question.

Supposons donc qu'il s'agisse d'un état typhoïde secondaire. Bien que le fonds commun de cet état soit une grande dépression des forces, comme dans la fièvre typhoïde primitive, cet affaiblissement n'a pas une date aussi ancienne que dans celle-ci, et il ne faut pas croire que les toniques doivent être d'abord employés à pleines mains : on dépasserait souvent le but. On devra songer à la maladie antérieure qui est devenue accidentellement typhoïde; et, en traitant celle-ci, le praticien ne devra jamais perdre de vue la première, qui reprendra le plus souvent sa marche régulière, un instant enrayée, dès qu'on aura remis les forces vitales dans un état d'activité suffisante.

---

(1) Leçons orales de M. le professeur Fuster.

2° Quand on se trouve en présence d'une fièvre typhoïde essentielle exquise, dégagée de toute complication, ou bien la maladie est à sa première période, ou bien déjà l'état adynamique ou putride est très-prononcé. Dans le premier cas, il existe souvent une surexcitation nerveuse qui se traduit par les frissons vagues, la susceptibilité dont nous avons parlé. Ce sont les tempérants, les calmants, les rafraîchissants, qui seront alors indiqués : les boissons fraîches aigrelettes, les acides végétaux à l'intérieur; les bains frais ou même froids, les réfrigérants locaux; des lavements tempérés; quelques opiacés très-modérés pour éteindre la susceptibilité nerveuse; peu ou point d'émissions sanguines générales, car il importe de ménager les forces, à moins d'une complication inflammatoire qui pourrait alors exiger une petite saignée. Si, comme il arrive quelquefois, il se produit quelque concentration à la tête, à la poitrine, à l'abdomen, quelques sangsues, des cataplasmes peu ou point sinapisés à la plante des pieds, etc., pourront avoir de grands avantages. Rarement on mettra le malade à une diète absolue, mais on supprimera les viandes, le vin, et on fera usage des lactés. S'il existe de la diarrhée et qu'elle soit modérée, on la respectera.

Mais si ces moyens ne rendent pas bientôt le malade à la santé, si l'état adynamique et ataxique se prononce de plus en plus, on devra changer alors le mode de traitement et recourir aux toniques, aux stimulants, aux anti-spasmodiques. Le quinquina sera donné à des doses d'autant plus élevées que les forces seront plus gravement compromises, 60, 90, 120 grammes de poudre ou d'infusion par jour, suivant l'urgence. A Montpellier, l'extrait mou de quinquina est employé avec le plus grand succès, à la dose de 4 à 12 grammes et plus. On prescrira aussi d'assez fortes doses d'un vin généreux : c'est un excellent tonique et un bon restaurant.

Quant au spasme, à l'ataxie, les moyens qu'on dirige contre elle sont surtout les médicaments anti-spasmodiques, le musc, le camphre, ce dernier associé fréquemment au nitre, qui modère son action trop excitante. A l'extérieur, on emploie les fomentations, les cataplasmes émollients. Enfin, comme de ce mélange d'ataxie et d'adynamie résulte ce que les

anciens avaient très-bien désigné sous le nom d'*état septique*, les acides minéraux, qui sont de puissants anti-septiques, sont employés avec le plus grand avantage.

L'affection typhoïde ne se présente pas toujours à l'état de simplicité dont il vient d'être question ; elle peut se compliquer de diverses manières, et la nature de ces complications entraîne des modifications dans le traitement. Mais on ne devra jamais perdre de vue l'état général, dont le fonds est une atteinte profonde au système dynamique.

Les complications les plus fréquentes sont : un état catarrhal, bilieux, inflammatoire, vermineux ; quelquefois une fièvre éruptive, la scarlatine par exemple ; souvent un état pernicieux, surtout dans les pays marécageux.

La complication la plus fréquente dans nos climats est un mélange des états catarrhal et bilieux. Quand cette complication se présente au début de la maladie, ce qui arrive fréquemment, l'ipécacuanha ou le tartre stibié, suivant les cas, en font promptement justice. Toutefois, il reste le plus souvent une tendance à des mouvements fluxionnaires ; et suivant que ces mouvements se portent sur tel ou tel organe, ils peuvent donner lieu à des méningites, des bronchites ou des pneumonies, des gastro-entérites ou des entérites folliculeuses. Mais ces concentrations ne sont jamais des inflammations franches ; elles ont presque toujours un mauvais caractère et tendent à la suppuration et à la gangrène. Aussi, le praticien se trouve alors placé dans des circonstances difficiles ; car, d'une part, il faut relever les forces gravement atteintes, et de l'autre combattre l'état de congestion locale par des anti-phlogistiques, des révulsifs, des tempérants, etc. ; ce qui finalement déprime les forces. On doit alors déployer la plus grande prudence, ne pas perdre de vue l'état local en traitant l'état général, et réciproquement. Ainsi, point ou bien peu d'émissions sanguines générales, mais plutôt des sangsues derrière les oreilles dans le cas de méningite, à la gorge s'il s'agit d'une angine, etc., etc. Mais comme ce n'est jamais une phlogose franche, on devra mesurer avec soin l'action de ces moyens anti-phlogistiques locaux ; car la gangrène est imminente, et on en accélèrerait le développement si on ne s'arrêtait à propos dès que le but est atteint.

On s'occupera alors de l'état général, en surveillant attentivement l'action des stimulants dont on fera usage, afin de combattre la lésion locale, si elle redevenait inquiétante sous leur influence : c'est dans ce but qu'on choisira les substances spécialement toniques et peu excitantes, comme le vin de Bordeaux.

Un moyen qui réussit très-bien dans ces congestions locales, surtout quand la faiblesse est grande et qu'on ne peut songer aux émissions sanguines, ce sont les vésicatoires appliqués *loco dolenti* ou aux membres comme révulsifs. Il ne faut pas toutefois qu'il y ait prédominance d'éréthisme nerveux, car les vésicatoires pourraient alors augmenter l'irritation générale.

Il arrive quelquefois, comme nous l'avons dit, que des ulcérations de mauvais caractère se produisent au sacrum, aux grands trochanters, sur les plaies des vésicatoires, etc. ; on doit les panser avec des substances toniques et anti-septiques, le vin de quinquina, le chlorure de chaux, etc.

Aux autres complications, on appliquera les moyens appropriés, mais toujours modérément et sans perdre de vue l'état général. L'état pernicieux, en particulier, est heureusement combattu par le quinquina, qui a le double avantage, bien précieux ici, d'être à la fois tonique et anti-périodique.

Quant à la convalescence, il importe de la surveiller. Gardez-vous alors d'une diète trop prolongée. La diarrhée ne doit pas être une contre-indication absolue de l'alimentation ; elle tient souvent à l'affaiblissement général et cesse avec l'administration des aliments. On ne doit pas non plus être arrêté par la crainte des perforations intestinales, accident heureusement fort rare. On donnera, au commencement, des gelées végétales d'abord, puis animales ; un vin généreux, dont on augmentera graduellement la dose. Un médecin irlandais, le docteur Sims, assure avoir guéri des malades en leur administrant jusqu'à un litre de vin par jour.

Presque toujours l'affection typhoïde laisse des reliquats : ce sont des ulcérations, résultat de gangrènes, des otorrhées, des catarrhes bronchiques, etc. On doit généralement respecter ces états, qui sont des moyens dont la nature se sert pour l'élimination des produits morbides, résultat

des congestions viscérales dont il vient d'être parlé, à moins toutefois que, par leur durée ou leur intensité, ils ne dégénèrent en une maladie véritable qu'il faudrait alors traiter à son tour.

A l'autopsie de ceux qui succombent à la maladie, on rencontre, suivant le siége des concentrations, tantôt les traces d'une méningite cérébro-spinale, celles d'une pneumonie ou d'une bronchite ; tantôt l'ulcération des glandes de Peyer et de Brünner, et l'engorgement des ganglions mésentériques; d'autres fois la rougeur, le ramollissement de la muqueuse intestinale. Mais jamais aucune de ces lésions ne se rencontre constamment et d'une manière exclusive.

Beaucoup d'auteurs modernes ne se sont pas contentés de réunir en une seule toutes les fièvres essentielles de Pinel; mais ils ont encore augmenté la confusion, en y associant des maladies extraordinaires et qui ne prennent naissance que dans des circonstances particulières. De ce nombre est le typhus, ou fièvre des camps et des prisons. C'est une fièvre essentielle, naissant de l'encombrement de la population et se transmettant par contagion.

Le typhus diffère donc de la fièvre typhoïde, qui est un état morbide, quelquefois contagieux, plus souvent dépourvu de ce caractère, naissant de circonstances usuelles et ordinaires qu'on ne peut déterminer d'une manière précise; état morbide dont on ne peut conséquemment prévenir le développement. Le typhus, au contraire, est presque toujours contagieux, et disparaît dès qu'on détruit sa cause bien connue, l'entassement d'un grand nombre de personnes dans le même lieu.

Nous terminerons ici, à regret, ces considérations sur la fièvre typhoïde. Le temps et l'espace ne nous ont pas permis d'entrer dans tous les développements qu'aurait demandés une question de cette importance.

FIN.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

auxquelles le Candidat répondra verbalement.

(Arrêté du 22 Mars 1842.)



CHIMIE MÉDICALE ET PHARMACIE. — *Comment reconnaître l'acide sulfurique tenant de l'indigo en dissolution?*

CHIMIE GÉNÉRALE ET TOXICOLOGIE. — *De l'empoisonnement par les acides arsenités, considéré en général; décrire ses symptômes et ses lésions.*

ANATOMIE. — *De la structure des vaisseaux capillaires.*

BOTANIQUE. — *A quelle famille appartiennent principalement les végétaux ligneux de nos forêts? Eclairer cette question par les caractères propres aux classes ou genres de ces végétaux.*

PHYSIOLOGIE. — *Quelle différence y a-t-il entre le délire, le rêve, l'enthousiasme et le somnambulisme, au point de vue de l'alliance des deux puissances qui constituent le dynamisme humain?*

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES. — *Définir les méthodes en thérapeutique.*

PATHOLOGIE MÉDICALE OU INTERNE. — *De l'érysipèle de la face.*

PATHOLOGIE CHIRURGICALE OU EXTERNE. — *La gangrène momifique est-elle toujours consécutive à l'artérite?*

THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE. — *Des avantages de l'application légitime de la physiologie et de l'anatomie pathologique à la thérapeutique. Des inconvénients de leur application abusive.*

OPÉRATIONS ET APPAREILS. — *Des procédés de la nature et de l'art pour la guérison des hernies avec gangrène.*

MÉDECINE LÉGALE. — *De la superfétation.*

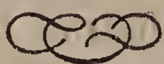
HYGIÈNE. — *Quels sont les conseils qu'il convient de donner aux hommes de cabinet, pour la direction de leurs fonctions nutritives?*

ACCOUCHEMENTS. — *De l'opération césarienne; cas d'emploi.*

CLINIQUE INTERNE. — *Quelles sont les maladies suivies souvent de recrudescences?*

CLINIQUE EXTERNE. — *Des fractures des os près des articulations.*

TITRE DE LA THÈSE A SOUTENIR. — *Essai critique et pratique sur la fièvre typhoïde.*



Faculté de Médecine de Montpellier.



PROFESSEURS.

MM. BERARD ❋, Doyen.	*Chimie générale et Toxicologie.*
LORDAT O. ❋.	*Physiologie.*
DELILE ❋.	*Botanique.*
CAIZERGUES O. ❋.	*Clinique médicale.*
DUPORTAL ❋.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL O. ❋, Président.	*Anatomie.*
GOLFIN ❋.	*Thérapeutique et Matière médicale*
RIBES ❋.	*Hygiène.*
RECH ❋.	*Pathologie médicale.*
RENÉ ❋.	*Médecine légale.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
BOUISSON ❋.	*Clinique chirurgicale.*
BOYER.	*Pathologie externe.*
DUMAS, *Examinateur.*	*Accouchements.*
FUSTER.	*Clinique médicale.*
N.	*Clinique chirurgicale.*
N.	*Pathologie et Thérapeutique générales*

M. LALLEMAND O. ❋, Professeur Honoraire.

AGRÉGÉS en exercice.

MM. CHRESTIEN.
BROUSSE.
PARLIER ❋.
BARRE, *Examinateur.*
BOURELY.
BENOIT, *Examinateur.*
QUISSAC.

MM. VERGEZ.
LOMBARD.
ANGLADA.
LASSALVY.
COMBAL.
COURTY.
BOURDEL.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.